

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**VACCINATION INFANTILE ET DISCOURS HÉTÉRODOXES :
ÉTUDE SUR LE SAVOIR INTERDIT
D'INFIRMIÈRES, DE MÉDECINS,
D'HOMÉOPATHES ET DE SAGES-FEMMES**

**THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE**

**PAR
ANNE TAILLEFER**

JUIN 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

D'abord, je voudrais remercier les infirmières, les médecins, les homéopathes et les sages-femmes qui ont accepté de me parler, de se livrer sur ce sujet qui suscite tant de controverses. Merci pour votre générosité.

Merci à mes deux directrices, Catherine Des Rivières-Pigeon et Abby Lippman, des femmes fabuleuses qui m'ont fait confiance et ont su judicieusement me guider tout en me laissant toute la liberté dont j'avais besoin pour mener à bien cette thèse.

Merci à ma famille, à mes amies, pour votre précieux soutien, vos encouragements; merci pour les bleuets, les courriels chaleureux, les appels énergisants, les petites escapades. Merci d'avoir compris mes absences et mes silences...

Un merci particulier à trois d'entre vous, Monique Gignac, Claire Maillé et Valérie Tremblay, mes critiques, mes lectrices infatigables toujours disponibles en cas de panne de courage.

Et enfin, un merci immense, le plus important, à celui qui m'accompagne depuis tant d'années, mon complice en tout, Denis Fournier.

DÉDICACE

*À ma mère qui aurait aimé faire
des études mais qui n'a pas eu ce bonheur.
Tu as quitté ce monde en 2011 mais tu es restée
près de moi pendant toute l'écriture de cette thèse.
Je l'ai fait un peu pour toi et beaucoup grâce à toi.*

*Aux enfants d'aujourd'hui et de demain.
Il est tard pour moi, j'ai l'âge d'être grand-mère
mais j'ai le sentiment du devoir accompli.
Pussions-nous prendre soin avec plus de sagesse
de ceux et celles qui naîtront...*

« Je ne fais la guerre ni à la science ni au progrès, mais je suis l'ennemi implacable d'une science ignorante, *impresciente*, d'un progrès qui marche à l'aveugle sans critérium ni boussole » Huzar, 1855

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xv
RÉSUMÉ.....	xvii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	13
Notes sur la recension des écrits et sur le vocabulaire	13
1.1 PREMIÈRE PARTIE	16
Penser la vaccination : un regard sociologique	16
1.1.1 Le débat : d’une expertise à l’autre	19
1.1.2 Une histoire lacunaire : la vaccination et sa construction sociale	29
1.1.3 L’essor du pouvoir médical.....	34
1.1.4 Les multiples dimensions du vaccin	37
1.2 DEUXIÈME PARTIE	44
Une menace appréhendée : la baisse de couverture vaccinale	44
1.2.1 Le projet politique du XX ^{ème} siècle : l’éradication des maladies infectieuses	46
1.2.2 De la résistance à la vaccination à l’hésitation.....	50
1.2.3 « Diagnostiquer » le phénomène de l’hésitation	62
1.2.4 L’hésitation chez les professionnels-elles de la santé (PDLS).....	65
1.2.5 Conclusion	90
1.3 TROISIÈME PARTIE	93
1.3.1 Question et objectifs de recherche	93

1.3.2 Pertinence du projet de thèse	94
1.3.3 Défis liés à l'objet d'étude.....	96
 CHAPITRE II	
CONCEPTS THÉORIQUES.....	99
2.1 Le discours hétérodoxe : choix du vocabulaire	102
2.2 Le paradigme constructiviste et le cadre épistémologique adopté	104
2.3 Critique féministe de la science.....	105
2.3.1 Les théories féministes de l'ignorance en santé	108
2.4 Les discours hétérodoxes comme savoir interdit.....	111
2.4.1 De la science non faite à la force normative.....	114
2.4.2 (Dé)construction du savoir médical orthodoxe sur la vaccination	116
2.5 Construction du statut de l'expert-te légitime	123
2.5.1 Expertise et rapports sociaux de sexe	125
2.5.2 Savoirs interdits comme injustice épistémique	128
 CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	131
3.1 Un projet de recherche qualitatif	131
3.1.1 L'importance de la narration	134
3.1.2 La légitimation des savoirs	136
3.2 La collecte des données	137
3.2.1 Populations étudiées	137
3.2.2 Les entretiens semi-dirigés	139
3.2.3 Le recrutement.....	142
3.2.4 La conduite des entretiens	150

3.3 Grille d'entrevue	151
3.3.1 Contribution des participantes à l'analyse des résultats.....	152
3.4 Méthode d'analyse	153
3.4.1 Théorisation ancrée : méthodologie de recherche féministe de Charmaz	153
3.4.2 Procédure	156
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS	161
Analyse des résultats	162
4.1 De l'impact de l'expérience	163
4.1.1 Les expériences personnelles	164
4.1.2 Les expériences professionnelles	167
4.2 Du manque de connaissances sur les vaccins	171
4.2.1 « On ne sait pas tout ». Les limites des connaissances actuelles	171
4.2.2 « Où on va s'arrêter » ? La vaccination tous azimuts	176
4.3 Des éléments de preuve pour appuyer la critique	178
4.3.1 « Autant des monographies que des lectures alternatives ». Des références scientifiques diverses	178
4.4 De la connaissance intime du système de santé	180
4.4.1 « Tu ne t'es pas fait vacciner, tu n'es pas payée ». Surveillance, sanctions et peur	180
4.4.2 « On est sommé de les vendre ». Devoir faire la promotion des vaccins.	187
4.4.3 « Ça fait que c'est un 'tout-compris' ». L'influence de l'industrie.....	189
4.4.4 « C'est supposé qu'il y en a plus au Québec ». L'influence du discours officiel	193
4.4.5 « Ensuite on voyait si ça avait changé nos croyances ». Le vaccin comme seule voie raisonnable	196
4.4.6 « Tu fais ce qu'on te dit ». Le pouvoir médical et sa hiérarchie	204

4.4.7 « Ça ouvre une trop grande porte aux doutes ». Un sujet tabou.....	211
4.4.8 « D'un clergé en soutane noire [à]... un clergé en sarrau blanc ». Une critique sociale.....	213
4.5 Des stratégies parallèles de résistance	216
4.5.1 « Je ne suis pas contre ». Vacciner judicieusement.....	217
4.5.2 « Il n'est jamais trop tard pour les donner ». Adapter le calendrier vaccinal	218
4.5.3 « Attends qu'il soit top ! C'est du gros bon sens ». Ne pas vacciner un enfant malade.....	220
4.5.4 « Fais le choix qui fait que tu vas être capable de vivre avec ça ». S'assurer de la variété des informations pour un choix éclairé	221
4.5.5 « Ça traîne. Moi je donne Pertussinum 30CH ». Utiliser les MNC	223
4.5.6 « J'ai falsifié le carnet de vaccination... ». Un geste subversif.....	223
4.5.7 « Que l'intervention soit faite de façon plus rigoureuse ». Améliorer la pratique vaccinale	224
4.6 Retour auprès des participantes	225
4.7 Conclusion	227
CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	231
5.1 Convergences et divergences : des récits nuancés.....	234
5.1.1 L'expérience productrice de sens	235
5.1.2 Des assertions inconsistantes sur la vaccination	236
5.2 De la construction partielle d'un savoir unique à l'hégémonie du vaccin.....	239
5.2.1 Omission de l'histoire des MI et des avancées sur leur traitement	242
5.2.2 La science incomplète du vaccin : le « non savoir »	243
5.2.3 Croyance ou connaissance : mécanismes de dénigrement des savoirs interdits	247

5.3 Une domination médicale et pharmaceutique	251
5.3.1 Iatrocrite, surveillance et hiérarchie (sexuée) des professions	252
5.3.2 Le contrôle des connaissances, l'industrie et l'EBM	256
5.4 Une injustice épistémique qui endigue des connaissances	261
5.4.1 Nier le statut épistémique des savoirs interdits	263
5.4.2 Nier l'expertise par l'assujettissement d'une pratique professionnelle....	267
5.4.3 Pourquoi la critique vaccinale est-elle taboue ?	269
5.5 Ouvrir la voie : les stratégies parallèles	272
5.5.1 La résistance : gérer la peur, trouver d'autres solutions.....	273
5.5.2 Pistes de réflexion : vers un changement des pratiques vaccinales ?.....	277
5.5.3 Apports et limites de la recherche	279
CONCLUSION	287
ANNEXES	291
ANNEXE A1 - Certificat Éthique.....	293
ANNEXE A2 - Formulaire d'engagement à la confidentialité	295
ANNEXE B - Calendrier vaccinal québécois 2016 (INSPQ)	297
ANNEXE C - Les recherches scientifiques peu citées	299
ANNEXE D - Étude de Miller et Goldman	315
ANNEXE E - Grille d'entrevue	317
ANNEXE F - Tableau du profil des participantes	319
ANNEXE G - Taux de mortalité de maladies infectieuses et vaccination	321
BIBLIOGRAPHIE	323

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 La force normative.....	116
4.1 Projet politique d'éradication des MI par la vaccination.....	230
5.1 Conditions liées à l'hésitation à la vaccination chez les PDLS.....	273
5.2 Contenu des discours hétérodoxes des PDLS.....	276

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACPM	Association canadienne de protection médicale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Étas-Unis)
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
EBM	evidence-based medicine ou médecine factuelle
ECR	essai clinique randomisé
ESSI	effets secondaires suivant l'immunisation (Canada)
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
GMF	groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MAPI	manifestations postvaccinales indésirables (OMS)
MC	médecine conventionnelle ou biomédecine
MCI	manifestation clinique inhabituelle après vaccination (Québec)
MI	maladies infectieuses
MNC	médecine non conventionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDLS	professionnels-elles de la santé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SP	santé publique
SPHQ	Syndicat professionnel des homéopathes du Québec

Pour les extraits de verbatims :

H	homéopathe
I	infirmière
M	médecin
SF	sage-femme

RÉSUMÉ

Comme dans la plupart des pays industrialisés, les autorités de santé publique du Québec s'emploient à implanter diverses mesures pour assurer l'observance aux programmes de vaccination et obtenir des taux de couverture vaccinale de plus en plus importants. Le vaccin est un médicament de prévention primaire qui est prescrit par l'État et donné systématiquement aux bien portants afin de provoquer une modification immunitaire. Or, cette intervention médicale est l'objet d'un débat hautement polarisé. La position orthodoxe adoptée par la majorité est que la vaccination serait la principale responsable de la diminution, voire de la disparition de maladies infectieuses et que les vaccins sont sécuritaires. Face à cette position dominante, un certain nombre de professionnels-elles de la santé (PDLS), de scientifiques et de citoyens-nes soutiennent que la science du vaccin comporte des lacunes importantes, dont celles du sous-signallement des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) ou de l'influence du marché et questionnent même son efficacité. D'autres, encore, considèrent différents types de prophylaxie. La présence d'un discours hétérodoxe au sujet de la vaccination des enfants fait craindre une baisse des taux de couverture vaccinale malgré les hauts pourcentages enregistrés. À cet effet, de nombreuses recherches portent sur le phénomène de l'hésitation à l'égard des vaccins visant aussi les PDLS qui manifestent une réticence à les administrer, une position supposée injustifiée. Bien que certains éléments explicatifs soient soulignés, les études développent essentiellement des moyens pour diagnostiquer et contrer l'hésitation à l'égard des vaccins et ne semblent pas prendre en considération le point de vue de ces PDLS, souvent témoins en première ligne de l'administration des vaccinations et des interrogations des parents.

Cette thèse vise à saisir le sens des discours hétérodoxes de PDLS qui expriment des inquiétudes et des critiques face à la vaccination, en documentant le contenu de leurs expériences et de leur savoir. Notre étude se penche également sur les raisons qui font de la critique vaccinale, un sujet tabou. L'approche théorique qui accompagne notre travail fait appel aux travaux féministes sur la construction du savoir et de l'ignorance ainsi qu'aux concepts de « savoirs interdits » (*forbidden knowledge*) et de « science non faite » (*undone science*). Un projet de recherche qualitatif a été privilégié afin de recueillir des données variées représentant le spectre des différentes critiques, et ce, après avoir effectué une recension approfondie des écrits sur les différents aspects du vaccin et les études faites sur les attitudes à son sujet. Nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès de treize PDLS issues de quatre professions différentes largement composées de femmes (infirmières, médecins, homéopathes et sages-femmes), des groupes souvent visés par les études de la santé publique sur l'évaluation des

couvertures vaccinales et le phénomène de l'hésitation face aux vaccins. Une méthode d'analyse par théorisation ancrée a été favorisée.

Les données obtenues mettent en lumière plusieurs aspects méconnus des discours hétérodoxes de PDLS qui expriment une réticence à l'égard de la vaccination. D'abord, il semble que les conditions liées à cette hésitation incluent d'avoir été témoins de MAPI et d'être critiques de la construction des connaissances médicales. Ensuite, ces femmes révèlent, par leur expérience du système de santé, comment la force normative liée au statut singulier du vaccin dans notre société règle leur conduite et accentue la hiérarchie professionnelle. Ces résultats montrent l'importance de la pluralité des savoirs suscitant une réflexion sur la production sociale actuelle des connaissances médicales dont celles à propos du vaccin et de son projet politique, mais aussi sur la reconnaissance des expertises de toutes les professions de la santé. Cette thèse a permis de valoriser la voix trop peu entendue de PDLS qui proposent des pistes claires pour l'amélioration des pratiques vaccinales auprès des enfants du Québec.

Mots-clés : féminisme, hésitation à l'égard de la vaccination, hétérodoxie, homéopathe, infirmière, médecin, professionnels-elles de la santé, Québec, sage-femme, savoir interdit, sociologie de la santé, système de santé, théorisation ancrée, vaccin.

INTRODUCTION

La vaccination est communément considérée comme l'une des plus importantes interventions des pouvoirs publics en matière de santé et l'une des interventions médicales les plus profitables (Boulianne *et al.*, 2015; Poland et Jacobson, 2012). On la qualifie même de 'miracle du progrès médical' (Freund *et al.*, 2003), car elle est présentée comme constituant un moyen efficace pour créer une immunité collective susceptible d'éradiquer une maladie infectieuse (MI) dans une société. Réputée être la pierre angulaire de la médecine préventive (Moulin, 2004; Streefland, 2001; Stern et Markel, 2005) et soutenue par les professions médicales et les organismes de santé gouvernementaux à travers le monde, ses défenseurs lui attribuent la réduction spectaculaire de la morbidité et de la mortalité en ce qui a trait aux MI dans les pays industrialisés, d'où les mesures diverses pour assurer le plus haut taux de couverture vaccinale (André *et al.*, 2008; Direction de santé publique de la Montérégie, 2015; WHO et UNICEF, 2005). Selon une étude épidémiologique sur la cartographie mondiale des MI (Simon *et al.*, 2013), soixante-deux d'entre elles, la plupart représentant surtout un risque pour les voyageurs-euses non protégés-ées, pourraient être prévenues par la vaccination. Environ dix-neuf font habituellement partie de la vaccination de routine des enfants, le nombre variant selon les pays.

Reliant recherches de laboratoire, décisions de santé publique (SP) et actions sur les populations ciblées, parfois proposée ou imposée, la vaccination est désormais considérée par le discours orthodoxe comme un outil de prévention incontestable. En effet, il y a une semaine mondiale de la vaccination organisée par l'OMS depuis 2012¹, en même temps que la Semaine nationale de promotion de la vaccination qui a lieu au Canada depuis 1998. De plus, l'existence du groupe de travail sur l'hésitation

¹ Soit la dernière semaine d'avril, consacrée à des campagnes de vaccination, à l'éducation du grand public et à l'échange d'informations.

à l'égard des vaccins (*SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*), mandaté par l'OMS et auquel ont participé des membres de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), montre à quel point la vaccination est devenue une intervention médicale possédant une force normative puissante et une intervention médicale centrale des pouvoirs publics en matière de santé (Boulianne *et al.*, 2015; Poland et Jacobson, 2012). Dans ce contexte, l'hésitation à l'égard des vaccins dans les pays industrialisés est perçue comme incompréhensible (Hobson-West, 2003) et est même considérée comme une énigme par ceux qui promeuvent le calendrier vaccinal infantile (Colgrove et Bayer, 2005). La réticence à la vaccination semble être perçue comme une déviance dans la société. Bénéficiant d'un important consensus social, politique et médical, la priorité est maintenant de « diagnostiquer l'hésitation à la vaccination » et de s'y attaquer (Butler *et al.*, 2015; Larson *et al.*, 2015; OMS, 2013).

Aujourd'hui considérés aussi comme une des solutions au phénomène de la résistance aux antibiotiques (IRSC, 2005), les vaccins sont présentés comme étant « sécuritaires et vérifiés pendant toutes les étapes de fabrication » (Direction de santé publique de la Montérégie, 2015 : 24). Le discours officiel insiste aussi sur la rareté du lien entre vaccination et effets indésirables qui surviennent après celle-ci, sur les avantages qui seraient plus grands que les inconvénients, sur la responsabilité collective face à l'immunité de groupe et sur l'importance de l'information au sujet du bien-fondé de la vaccination pour convaincre ceux et celles qui hésitent. Le discours officiel discrédite l'hésitation (ou la résistance) à l'égard de la vaccination alléguant soit une propagande antivaccination, soit l'existence d'une « zone grise plus ou moins définie où se situent bien des personnes, incluant certains professionnels de la santé » (*Ibid*, 2015 : 20). Certaines études de la SP soutiennent que ce sont soit de « fausses croyances » (nutrition, homéopathie, vision globale de la santé, habitudes de vie, autres perceptions des MI et du risque), soit un manque de connaissances (ignorance ou modèle du déficit de connaissances) qui amènent des professionnels-elles de la santé (PDLS) à être critiques ou inquiets-tes de la vaccination (Boulianne *et al.*, 2005;

Dubé *et al.*, 2012; Sauvageau *et al.*, 2014). Les autorités de SP préviennent aussi que l'information disponible, pour la population qui cherche à s'informer davantage, n'est pas toujours fondée sur des données probantes. Mais certains-nes doutent de la légitimité de ces données dites probantes.

En fait, la vaccination a été historiquement controversée dès ses débuts (Fressoz, 2012; Keelan, 2006). Et aujourd'hui, les critiques à son égard avancent que l'incidence et la gravité des MI étaient en baisse avant l'introduction des vaccins, attribuant plutôt la forte réduction de la mortalité par MI dans les pays riches à l'amélioration des conditions de vie (Georget, 2014; Marin Olmos, 2005; McKinlay *et al.*, 1989). De plus, les preuves d'éclosions importantes de MI chez les enfants vaccinés s'accumulent (Atrasheuskaya *et al.*, 2008; De Serres *et al.*, 1995; Mooi *et al.*, 2014; Park *et al.*, 2007) dans les sociétés ayant un haut taux de couverture vaccinale (WHO-UNICEF, 2013). Aujourd'hui, de nombreuses inquiétudes sont aussi suscitées par la multiplication des éléments au calendrier vaccinal infantile, les données sur l'accroissement des maladies chroniques parallèlement à la suppression de MI (Albonico et Hirte, 2005; Classen, 2014; Shoenfeld *et al.*, 2015), le manque de données sur les risques et les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) (Buchwald, 2003; Georget, 2009; Tomljenovic et Shaw, 2011d), sur la présence de conflits d'intérêts entre l'industrie, les lignes directrices de pratique clinique et les décisions politiques sur la vaccination (Barry, 2015; Girard, 2014; Rail *et al.*, 2015), ou encore sur le rejet d'alternatives efficaces (Golden, 2013). Or, le milieu médical et les autorités de SP affirment que l'utilisation des vaccins est la seule façon de prévenir certaines MI, et avancent même que ces maladies seraient éradiquées si tous les enfants étaient vaccinés (Moulin, 2004).

En effet, si on immunisait les enfants contre 6 maladies au Québec en 1960, le nombre d'éléments du calendrier vaccinal infantile a doublé entre 1985 et 2015. Il est

passé de 23 doses de 8 vaccins différents² (entre l'âge de 0 mois et 16 ans), à 50 doses de 16³ vaccins pour les garçons et à 52 doses de 17 vaccins pour les filles de 16 ans, avec un des plus haut taux d'observance au monde. À deux mois, on couvre huit ou neuf maladies en une visite et à 18 mois, dix maladies (voir Annexe B). En 2014, la couverture vaccinale complète à 15 mois des enfants québécois se situait à 91 % si on exclut seulement le nouveau vaccin contre le rotavirus (Boulianne *et al.*, 2015). Chez nous, selon l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, de façon générale, il n'y a aucune obligation pour une personne de se faire vacciner⁴. Au Canada, seuls l'Ontario et le Nouveau-Brunswick exigent une preuve de vaccination pour l'entrée à l'école (diphtérie, tétanos, polio, rougeole, oreillons et rubéole et se sont ajoutés en 2014 méningite, coqueluche et varicelle). En France, seuls les vaccins antitétanique, antidiphtérique et antipoliomyélite sont obligatoires : « la plupart des pays européens ont supprimé l'obligation vaccinale ou réduisent le nombre de ces obligations. Aucune vaccination obligatoire en Allemagne, Autriche, Espagne, Grande-Bretagne, Suède, Danemark, Irlande, Luxembourg, Pays-bas, Finlande » (Bonnet *et al.*, 2011 : 2).

Plusieurs événements des dernières années, comme la « crise » du vaccin A H1N1, la difficile diffusion du film de Lina Moreco (*Silence, on vaccine !*) en 2009, les

² En notant le nombre de vaccins, on entend ici la couverture des différentes maladies dont certaines injections comprennent des vaccins hexavalents (ex : DCaT-Polio-Hib-HepB veut dire diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, haemophilus B et hépatite B) et non le nombre d'injections. Le DCaT-Polio-Hib-HepB se donne en une injection. Voir le calendrier infantile du Québec à l'Annexe 2.

³ Depuis 2014, on peut ajouter à 2 mois, le méningocoque B (en 4 doses, soit 2, 4 et 6 mois, et une quatrième dose de rappel)) ce qui modifie le calendrier à 50 doses de 16 différentes maladies, mais ce vaccin n'est pas couvert par la RAMQ. Par contre, il est encouragé auprès des parents. Il se détaille à environ 115 \$ la dose. La série complète serait donc : diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B (celui donné en 4^{ème} année couvre aussi hépatite A), polio, Hib, vaccin conjugué contre le pneumocoque, rotavirus, grippe, méningocoque C, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, méningocoque B, VPH pour les filles. Le calendrier vaccinal n'est pas le même pour toutes les provinces canadiennes. Certaines administrent le vaccin contre l'hépatite B plus tôt, mais la principale différence se trouve au Nunavut : la santé publique prescrit le vaccin à la naissance et le répète à un mois et à 9 mois, puis en 4^{ème} année.

⁴ Cependant, « la loi peut fixer la portée de l'article 1 et en aménager l'exercice » (Tremblay et Bouchard, 2000 : 4) comme il est prévu dans l'article 123 de *La loi sur la santé publique* « au cours de l'état d'urgence sanitaire » (Éditeur officiel du Québec, 2014b).

récentes controverses sur le vaccin anti-VPH (virus du papillome humain), la pénurie du vaccin DCT (diphtérie-coqueluche-tétanos) sans adjuvant en France et le changement d'étiquetage des remèdes homéopathiques par Santé Canada ont mis en évidence la polarisation du débat sur la vaccination et le durcissement de la position vaccinaliste des États, ce qui a inspiré cette thèse. Ces événements touchent précisément des chercheurs-res et PDLS qui ont un discours hétérodoxe⁵ au sujet des vaccins.

Le projet politique d'éradication⁶ des MI par la vaccination - et bientôt des maladies chroniques, inflammatoires et dégénératives (Schwartz, 1999) - est donc devenu une des « formes de vie légitime » (Fressoz, 2012) qui semble s'appliquer avec force depuis les années 1990, concomitamment avec l'*EBM*⁷ (*evidence-based medicine* ou médecine factuelle). La pratique sociale de la vaccination semble aller de soi dans les pays industrialisés, même si son acceptabilité fait l'objet d'études : on ne peut plus vivre « invacciné ». Dans une perspective hégémonique où le vaccin est considéré comme l'unique solution, le débat sur la vaccination est fort polarisé : se questionner à son sujet entraîne une vive réaction et une catégorisation immédiate au clan des antivaccinalistes marginalisant du même coup ces discours critiques ou hétérodoxes. Pour être légitime, il faut rassurer d'emblée de « n'être pas contre les vaccins ».

Ainsi, puisque ce projet politique (Massé, 2001) repose sur un niveau élevé d'adhésion à la vaccination, la controverse sur l'innocuité des vaccins, la résistance

⁵ *Hétérodoxe* qualifie celui ou celle qui « ne se conforme pas aux opinions, aux idées traditionnelles ou communément admises dans un domaine donné » (<http://www.cnrtl.fr/definition/>); nous y reviendrons.

⁶ Nous parlerons du « projet d'éradication des MI » car le développement de politiques vaccinales par les États fait de la vaccination à la fois un projet politique et un projet de société. De plus, quoique bien plus difficile à atteindre que leur contrôle, l'éradication des MI est ce qui est favorisé par l'OMS (Barrett, 2004; Duclos et Okwo-Bele, 2007).

⁷ *L'EBM*, un concept élaboré au début des années 1990, est basée sur une théorie qui fonctionne à l'intérieur du paradigme de la biologie moléculaire ayant une perspective essentiellement positiviste (Bensing, 2000) basée sur une hiérarchie de méthodes d'enquête en « niveaux de données probantes » (Walach, *et al.*, 2006).

individuelle face au calendrier vaccinal infantile, les parents réticents et les groupes « favorables au libre choix » préoccupent les autorités de SP. Toutefois, ce sont surtout les discours critiques de certains-nes PDLS inquiets-ètes de la sécurité des diverses vaccinations, qui sont considérés comme des prises de positions très graves. En 2012, le journal français *Le Monde* publiait un article intitulé « Vaccination : les soignants ne montrent pas l'exemple » (Santi, 2012) visant les médecins, les sages-femmes, les infirmiers-ères et les aides-soignants-tes réticents à se faire vacciner. Les raisons principales invoquées étaient la peur des MAPI et un climat général de suspicion envers les vaccins. Au Québec, un récent sondage du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), montrait que 30 % des médecins et des infirmières et infirmiers pensent que les enfants reçoivent trop de vaccins (Dubé *et al.*, 2012b). Une étude faite par l'INSPQ spécifiquement sur les infirmières concluait que « les attitudes négatives et les croyances erronées des infirmières face à la vaccination n'est pas une situation unique au Québec. En plus de rencontrer le même phénomène dans d'autres pays, cette attitude est observée chez d'autres types de [PDLS] » (Boulianne *et al.*, 2005 : 19). De leur côté, les sages-femmes sont perçues comme valorisant davantage le choix éclairé des parents, en présentant les pour et les contres de la vaccination (Dubé *et al.*, 2013b).

Il appert en effet qu'au Québec comme dans d'autres pays industrialisés, une partie des PDLS semble être plus critique face à la vaccination et se fait moins vacciner. À cet égard, de très nombreuses études portent sur le phénomène de l'hésitation à la vaccination et sur les stratégies pour la contrer (Jarrett *et al.*, 2015; Likhite, 2013; *WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy*, 2014). Les résultats des études officielles montrent que certains-nes de ces PDLS se déclarent critiques face à la vaccination infantile, s'inquiètent du nombre de vaccins, des injections multiples et une partie de ceux-celles-ci pense que certaines alternatives, comme l'homéopathie par exemple, doivent être considérées (Dionne *et al.*, 2001; Dubé *et al.*, 2012; Halperin *et al.*, 1998). D'ailleurs, la question du recours à des médecines non

conventionnelles (MNC), particulièrement la médecine homéopathique, est fréquemment abordée dans les enquêtes sur la résistance à la vaccination (Dubé *et al.*, 2013; Gust *et al.*, 2008; Manuel *et al.*, 2002; Trivalle *et al.*, 2006). Cet intérêt vient du fait que les homéopathes peuvent offrir une alternative aux vaccins et une prophylaxie face aux MI (Fournier, 2016; Golden, 2007; Golden et Bracho, 2014; Sheffield, 2014). Cet intérêt peut aussi en partie provenir de la croissance de la popularité de cette pratique et de ses succès auprès des enfants (Bornhöft et Matthiessen, 2011; Trichard *et al.*, 2005; Zuzak *et al.*, 2012). Comme le souligne Moulin (2010 : 16), « en effet, la vaccination ne détient pas l'exclusivité face à d'autres interventions possibles sur l'environnement ou sur les comportements; il existe aussi des alternatives thérapeutiques ». Il résulte, par conséquent, un paradoxe intéressant : les PDLS sont les plus éduqués-ées et informés-ées sur les avantages et les risques de la vaccination mais une proportion d'entre eux-elles est également composée des personnes qui s'en inquiètent le plus.

Les études sur l'hésitation à l'égard de la vaccination sont nombreuses. Le Québec étant un chef de file mondial en matière de programmes de vaccination (De Wals, 2011), il semble injustifié, selon les autorités, de retrouver chez nous des PDLS s'interrogeant sur la vaccination : leur message devrait être clair et sans équivoque en faveur de la vaccination. Il est donc évident, en regard de cette intervention normative, de trouver essentiellement des études qui abordent les acteurs-trices hésitants-tes comme des personnes à convaincre (Goldstein *et al.*, 2015; Herzog *et al.*, 2013; MacDonald et Dubé, 2015; Manca, 2016). La recension des écrits pour cette thèse démontre que ces études, toutes disciplines confondues, ont en très grande majorité un biais vaccinaliste, c'est-à-dire qu'elles ont comme objectif principal d'augmenter l'observance de la population dont les PDLS aux programmes de vaccination (Eskola *et al.*, 2015; Larson *et al.*, 2015; Leach et Fairhead, 2007; Nowak *et al.*, 2015; Yaqub *et al.*, 2014) en ciblant les déterminants qui contribuent au phénomène de l'hésitation (Dubé *et al.*, 2015).

Si une « zone grise » d'hésitation à la vaccination représente bien mieux l'état des lieux que la présence d'un mouvement antivaccinaliste au Québec et que certaines des raisons de cette réticence sont relevées, le contenu des inquiétudes et des critiques de PDLS est cependant peu documenté, mal compris ou écarté dans les discours officiels et dans les recherches. Les actions des autorités de SP se résument à trouver des interventions efficaces visant à réduire la réticence face aux vaccins et à améliorer l'acceptation de la vaccination (Dubé *et al.*, 2015) autant chez les individus que chez les PDLS considérés-ées comme un modèle pour la population (stratégies de communication du risque, techniques d'écoute et de non confrontation, de marketing ou pratiques narratives) (Brewer *et al.*, 2017; Jarrett *et al.*, 2015; Nowak *et al.*, 2015) afin de faire comprendre « la bonne science » (Cawkwell et Oshinsky, 2016). Nous croyons que la poursuite unilatérale de cet objectif ne permet pas de bien saisir le contenu des discours critiques de certains-nes PDLS sur la vaccination, qui ne font pas l'objet d'une analyse exhaustive et attentive. Or, se questionner sur la vaccination veut-il forcément dire s'y opposer? Qu'en est-il vraiment ?

Les études sur l'hésitation à la vaccination que nous avons répertoriées visent en grande majorité les mères (Benin *et al.*, 2006; Burton-Jeangros, *et al.*, 2005; CFES, 2000; Dubé *et al.*, 2016; Larson *et al.*, 2015b) et comme il est noté plus haut, les professions qui se pratiquent presque majoritairement par les femmes (infirmières-I, sages-femmes-SF et celles pratiquant une MNC particulièrement l'homéopathie-H). C'est pour cette raison que notre étude s'adresse à ces actrices du monde de la santé, mais aussi à des femmes médecins (M), qui sont directement concernées par la vaccination et ses pratiques. Nous souhaitons entendre ce qu'elles ont à en dire.

Dans cette thèse, nous désirons mettre à l'épreuve le consensus social, politique et médical selon lequel la pratique vaccinale, présentée comme sécuritaire et seule avenue possible pour prévenir les MI et telle qu'appliquée aujourd'hui avec le savoir que nous en avons, devrait demeurer indiscutable et indubitable. La critique des

vaccins et de la vaccination est un sujet subversif. Notre intention est de sortir de la norme pour entendre les récits des PDLS qui ont autre chose à dire comme expertes et d'arriver à ouvrir le débat pour entendre les voix divergentes qui pourraient être porteuses de connaissances utiles.

Au sujet de la démarche

Notre intérêt au sujet de la vaccination, de sa pratique et des points de vue hétérodoxes de PDLS est entre autres professionnel. En effet, c'est à la fois comme chercheure féministe en sociologie de la santé mais aussi en tant que praticienne dans le domaine de la santé depuis presque trente ans auprès des familles que cette recherche est abordée. Cette expérience a permis de constater à la fois les inquiétudes de nombreux parents et celles de PDLS quant aux vaccins données aux enfants. Il y a avant tout dans notre démarche un souci d'apporter une saine critique à la biomédecine dans ce domaine, en utilisant les outils constructivistes qui permettent de rendre compte des discours et des expériences vécues par des PDLS, ce qui sera exposé aux Chapitres II et III. Ensuite, il y a également un désir de participer au débat sur la vaccination dans une certaine quête de vérité en travaillant avec les récits des participantes dans une perspective constructiviste. Il s'agit donc de faire un compromis, comme certaines auteures féministes dans le domaine de la santé le soulignent (Charmaz, 2006; Jutel, 2011; Lupton, 2000), entre, ici, la matérialité du phénomène de la vaccination et le contexte social, historique et politique qui le construit et qui n'est pas neutre.

Au sujet des objectifs

Notre objectif principal est de documenter les points de vue de PDLS inquiètes et critiques de la vaccination pour mieux comprendre le contenu de ces discours hétérodoxes, à partir de leurs observations, leurs expériences et leurs savoirs, en plus

de contribuer à faire avancer les connaissances sur cette intervention médicale ainsi que le débat à son sujet. Nous en viendrons ainsi à comprendre quelles sont les raisons et les connaissances spécifiques qui amènent ces PDLS à se soucier de cette pratique de santé préventive. Nous nous efforcerons aussi de découvrir, à travers cette étude, les raisons pour lesquelles la remise en question de la vaccination est un sujet tabou.

Bien qu'il existe de nombreuses variantes et spécificités de réponses selon les différents vaccins visés, notre intérêt se situe principalement au niveau de la remise en question du calendrier vaccinal infantile, celui administré par les PDLS et duquel sont témoins ces dernières, qui comprend un nombre précis et croissant de vaccins donnés aux enfants et adolescents-tes. Leur administration standardisée, normée et cautionnée par l'OMS, l'UNICEF et la majorité des gouvernements dans le monde, lui confère un statut particulier.

Au sujet de l'approche théorique

Nous avons fait appel, pour notre démarche, aux travaux sur la construction du savoir et de l'ignorance - par exemple, ce qui est inclus ou exclu dans la création de ce savoir et ce qui est légitimé - (Tuana, 2004, 2006; Perron et Rudge, 2016; Proctor *et al.*, 2008), qui sont, selon nous, des préoccupations féministes. Adoptant une approche sociologique critique, nous considérons que la production du savoir est inextricablement liée aux façons dont le pouvoir, le contrôle et les privilèges sont distribués dans la société (Dagenais, 1987; Harding, 1991b, 2006; Rochon Ford et Saibil, 2010; Sherwin *et al.*, 1998; Smith, 1974) et nous souhaitons entendre la voix trop peu entendue de femmes de divers groupes de PDLS. Alors que plusieurs interventions proposées par la biomédecine ont fait l'objet de nombreuses remises en question (Cassels, 2012; Gotzsche, 2012; Hadler, 2008; Welch, 2011), nous croyons que le statut singulier de la vaccination ne permet pas le même examen. Dans la

perspective d'une sociologie de la connaissance, pour enraciner notre objet d'étude et afin de permettre une déconstruction du savoir médical orthodoxe sur la vaccination, nous faisons appel aux concepts de savoirs interdits ou savoirs non-dits (*forbidden knowledge*) (Gross, 2007; Kempner *et al.*, 2011) et de « science non faite » ou science incomplète (*undone science*) (Frickel *et al.*, 2010) sur les vaccins. D'autres éléments au Chapitre II aideront aussi à comprendre les aspects complexes des discours hétérodoxes portés par les PDLS interrogées, comme celui de l'injustice épistémique (Fricker, 2007).

Au sujet de la méthode

Étant donné nos visées pragmatiques, le peu d'écrits sur le contenu réel des inquiétudes et critiques de PDLS sur la vaccination infantile et le biais vaccinaliste retrouvé dans la littérature sur le phénomène de l'hésitation face à cette mesure préventive, nous avons opté pour une approche de recherche qualitative, descriptive et constructiviste. Après avoir effectué une recension des écrits approfondie sur les différents aspects du vaccin, nous avons recueilli les données à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de treize PDLS de quatre groupes professionnels (infirmières-I, médecins-M, homéopathes-H, sages-femmes-SF) différents visés par les études de la SP sur l'évaluation des couvertures vaccinales et le phénomène de l'hésitation. Nous avons fait une analyse par théorisation ancrée. Les considérations méthodologiques sont présentées au chapitre III.

Présentation de la thèse

Notre thèse comporte cinq chapitres. D'abord au Chapitre I, il s'agira d'expliquer la problématique de recherche à l'aide d'une recension des écrits. Puisqu'il est difficile d'être critique à l'égard de la vaccination car il s'agit d'un sujet fortement polarisé, que nous avons constaté un biais vaccinaliste dans les écrits sur l'hésitation à l'égard

des vaccins et que les points de vue hétérodoxes sont souvent écartés et sous-estimés, nous avons fait le choix d'exposer des écrits rarement considérés, afin de présenter le contexte délicat où s'insère notre objet d'étude. Nous y aborderons dans une première partie le débat sur la vaccination, l'histoire de sa construction sociale et politique, ainsi que les diverses dimensions du vaccin, des éléments utiles à la compréhension du statut singulier du vaccin. La deuxième partie du chapitre portera sur le projet d'éradication des MI et sur les écrits relatifs au phénomène de l'hésitation à la vaccination. Il s'agit d'un domaine qui mobilise plusieurs ressources dont le but est de contrer ce phénomène observé aussi chez des PDLS, le sujet de notre thèse. En troisième partie, nous présenterons la question de recherche, nos objectifs et les défis à relever.

Ensuite, au Chapitre II, nous exposerons le cadre théorique et conceptuel nécessaire à notre démarche qui a permis de saisir le contenu des discours hétérodoxes des PDLS à l'étude. Au Chapitre III, nous proposerons les choix méthodologiques adoptés pour recueillir et interpréter nos données. Puis, nous présenterons au Chapitre IV une analyse détaillée des résultats provenant des récits des PDLS interrogées. Nous y aborderons les inquiétudes qui constituent le contenu de leur discours critique et leur expérience de la vaccination et du système de santé, un point de vue unique. Enfin, une discussion de ces résultats sera proposée au Chapitre V. Nous y évoquerons les éléments qui favorisent l'instauration d'une hégémonie du vaccin, en plus de dévoiler la présence d'une injustice épistémique qui semble endiguer des connaissances essentielles sur la vaccination. Plusieurs pistes de réflexions, proposées par les PDLS, seront présentées pour tenter d'améliorer les pratiques vaccinales.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Notes sur la recension des écrits et sur le vocabulaire

La recension des écrits

La recension que nous présentons ici n'est pas une recension systématique des écrits. Il s'agit plutôt d'un examen de la portée de la littérature (*mapping or scoping review methodology*) (Arksey and O'Malley, 2005) qui sert à mieux comprendre le domaine de la recherche sur la vaccination. En raison de la nature de notre étude et afin d'être en mesure de cartographier les différents types de recherche existants en identifiant les thèmes récurrents dans les écrits, nous avons entrepris un examen documentaire exhaustif en consultant de nombreuses bases bibliographiques (versions papier et numérique) et en utilisant des mots clefs (par exemple autour des thèmes de résistance, hésitation, vaccination, dissidence), puis en effectuant une recherche approfondie incluant la documentation parallèle (*gray literature*)⁸. Cette importante documentation, tout aussi légitime (Alberani *et al.*, 1990; Auger, 1998; Gnassi, 1989) que la littérature conventionnelle, contribue à situer notre recherche et participe à la mettre en contexte. Les divers documents consultés proviennent à la fois de sociologues, d'anthropologues, d'historiens-nes des sciences et de la médecine, du milieu médical conventionnel et non conventionnel (chercheurs-res en santé publique, en médecine sociale, pédiatres, homéopathes, sages-femmes, chiropraticiens-nes,

⁸ La documentation parallèle (*grey literature*) est définie comme suit : « Reports of studies that do not appear in the peer-reviewed literature. These reports are often not easily accessible and may not be in the format of papers in the general medical literature » (Lexique du Cochrane, http://summaries.cochrane.org/lexicon/9#letter_g). « Grey literature is material which is not issued through normal commercial publication channels » (Auger, 1994); « Grey literature includes : government reports, committee reports, academic papers, theses, bibliographies, conference papers and abstracts, discussion papers, newsletters, PowerPoint presentations, conference proceedings, program evaluation reports, standards/best practice documents, technical specifications and standards, and working papers » (Alberani *et al.*, 1990).

infirmiers-ères, infectiologues, immunologues, épidémiologues), d'économistes, de biologistes, ou encore des institutions publiques de santé et des organisations de PDLS.

Le vocabulaire

Cette partie sert à préciser l'emploi que nous ferons de certains mots ou expressions qui seront utilisés tout au long de notre travail afin d'éviter des confusions.

Connaissances et savoirs - Les termes connaissance et savoir seront utilisés en empruntant les définitions avancées par certains auteurs, notamment Bourdieu (1976, 1979) et Foucault (1980b : 876). La connaissance est « le travail qui permet de multiplier les objets connaissables, de développer leur intelligibilité, de comprendre leur rationalité, mais en maintenant la fixité du sujet qui enquête »; le savoir induit une modification chez le sujet, une compétence en quelque chose « par cela même qu'il connaît, ou plutôt lors du travail qu'il effectue pour connaître ». Nous verrons les concepts spécifiques de « savoirs assujettis », « savoir dominant » ou « savoir interdit » utiles à l'étude des discours hétérodoxes des PDLS (Chapitre II).

Croyance⁹ - Adhésion de l'esprit qui, sans être entièrement rationnelle, exclut le doute et comporte une part de conviction personnelle, de persuasion intime. Le discours dominant l'oppose à « connaissance » et à la notion d'esprit critique. Ce terme est utilisé dans les études de la SP pour qualifier les connaissances hétérodoxes des PDLS hésitants-es à l'égard des vaccins, une distinction qui discrédite souvent des modes de connaissances féminins/féminisés.

Hésitation - Bien que les écrits en général utilisaient jusqu'à récemment les termes « résistance » ou « dissidence » à l'égard de la vaccination, car on s'intéresse surtout

⁹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) <http://www.cnrtl.fr/>

au degré d'observance face aux programmes de vaccination de masse, le terme « hésitation » fait davantage l'unanimité et est l'objet de nombreuses études (*SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*). On retrouve également le terme « réticence » dans les écrits de ce groupe de travail. Nous utiliserons les deux termes.

Inquiétude et critique¹⁰ - Nous utiliserons ces deux termes pour nuancer l'attitude des PDLS de notre étude. *L'inquiétude* est une préoccupation, un souci. Tandis qu'être *critique*, c'est exercer son intelligence à comprendre, à démêler le juste de l'injuste en vue d'estimer la valeur de la chose qu'on soumet à cet examen.

MAPI - Le phénomène des effets secondaires suite à la vaccination sera largement abordé puisqu'il est au centre du débat sur l'hésitation à la vaccination. Il porte plusieurs appellations : à l'OMS, manifestations postvaccinales indésirables (MAPI); au Canada, effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI); au Québec, manifestations cliniques inhabituelles après vaccination (MCI). Nous utiliserons celle de l'OMS, MAPI, qui semble bien définir ce phénomène qui peut surgir dans un laps de temps variable (un effet secondaire ou une complication) après la vaccination.

Vaccination - Un autre point à clarifier est celui de l'utilisation des termes entourant « la vaccination » comme entité globale (Girard, 2014). Cette thèse porte sur les discours hétérodoxes de PDLS inquiètes et critiques de la vaccination infantile. On retrouve dans les récits des participantes, tous les vaccins, c'est-à-dire ceux donnés aux enfants en particulier mais aussi la notion générale de vaccination. Bien que nous reconnaissons que les critiques des individus peuvent varier selon le type de vaccin, nous utiliserons indifféremment les termes « vaccins », « vaccination » ou « vaccination infantile » afin de ne pas encombrer notre propos.

¹⁰ *Ibid*

1.1 PREMIÈRE PARTIE

Penser la vaccination : un regard sociologique

La vaccination a été étudiée sous plusieurs angles. D'abord d'un point de vue démographique ou épidémiologique par les divers groupes de santé publique. Ensuite, elle a été considérée d'un point de vue politique et sociologique (Bertrand et Torny, 2004; Moulin, 1996; Torny, 2009), à travers les campagnes vaccinales, les « mouvements antivaccinations » et tout le discours sur le risque en santé (Beck, 2003; Davis, 2008; Lupton, 1999), ce qui représente une grande part des sources et références du discours vaccinaliste promouvant le calendrier vaccinal infantile. La notion de risque est un concept central dans le débat politique sur la vaccination et sert souvent à définir la relation entre la science et la population. C'est donc principalement la perception du risque liée au processus de prise de décision des parents qui est étudiée afin de modifier les pratiques parentales pour faire face aux controverses sur la vaccination (Hubson-West, 2007b; Raithatha *et al.*, 2003; Spier, 2002; Timmermans, 2005).

Du point de vue historique, les historiens-nes ont étudié l'ontologie du vaccin et aussi les conditions de la diffusion de la vaccine¹¹ (Durbach, 2005; Kaufman, 1967), ce que Fressoz (2011 : 78), historien des sciences, décrit comme étant « l'histoire de l'attribution de ses compétences, de leur représentation et de la production d'un accord social sur ces compétences ». Le vaccin ne peut être considéré comme un objet diffusé de façon impartiale. Il fut, en 1800, « un des fils de soie du pouvoir postrévolutionnaire. (...) En instaurant un être naturel nouveau, les médecins entendaient gouverner les corps non par la contrainte, mais de manière indirecte, en orientant les perceptions » (Fressoz, 2011 : 73).

¹¹ La vaccine, aussi appelée « variole de la vache », est une maladie infectieuse des bovidés (Cowpox) et des équidés (Horsepox). Le virus, proche de celui de la variole, a fourni à la fin du XVIII^{ème} siècle un vaccin qui immunisait les gens contre cette dernière.

La vaccination a aussi été étudiée d'un point de vue féministe. Conis (2013) souligne le fait que les efforts menés par les gouvernements pour étendre la vaccination des enfants dans les années 1960 et 1970, visent essentiellement la responsabilité des mères face à l'état vaccinal des enfants. Mais cet engagement maternel s'est transformé dans les années 1970 avec le féminisme de la deuxième vague. Le mouvement pour la santé des femmes (Saillant, 1985), défiant l'autorité paternaliste de la science et de la médecine, a sensibilisé les femmes sur les risques des médicaments et les abus de pouvoir dans le domaine de la médecine, ce qui a amené une certaine critique face aux vaccins recommandés pour leurs enfants. Ce mouvement a aussi eu un impact sur la notion de consentement¹². Sans nécessairement remettre les vaccins en question, cette critique féministe de la médecine a participé à l'émergence d'un scepticisme face aux vaccins (Colgrove, 2006), appuyé à l'époque par certains-nes PDLs (Coulter et Fisher, 1985; Mendelsohn, 1979).

L'intérêt de la sociologie pour la vaccination dans les pays industrialisés a augmenté suite aux inquiétudes sur la sécurité des vaccins, notamment le vaccin ROR (rougeole-oreillon-rubéole) dans certains pays et surtout en Europe (Poltorak *et al.*, 2005; Hobson-West, 2007); inquiétudes nourries par les études cliniques controversées en 1998 de Wakefield et ses collaborateurs démontrant la présence d'une entéropathie chez certains enfants autistes (Uhlmann *et al.*, 2002; Furlano *et al.*, 2001; Torrente *et al.*, 2002). Ces études furent mises au défi par plusieurs (Demicheli *et al.*, 2005; DeStefano *et al.*, 2013; Fombonne *et al.*, 2006; Taylor *et al.*, 1999). Ce débat singulier (qui dure encore) sur le possible lien entre ce vaccin et certaines affections semble tourner autour de l'importance attribuée aux données épidémiologiques par opposition aux données cliniques, ainsi qu'au statut accordé

¹² Pour une lecture approfondie du consentement (consentir, choisir, céder, renoncer, ou encore contraindre, résister, et empowerment : qu'entend-on par le terme « consentement »), voir les ouvrages féministes de Fraisse, 2007; Marzano, 2006; Mathieu, 1991; Tangy, 2008.

aux observations des parents (Dew, 1999; Thrower, 2003). Selon Dingwall et Hobson-West (2006), le contentieux autour de ce qu'on appelle aujourd'hui « l'affaire Wakefield »¹³, représente un défi pour la biomédecine, une atteinte à la culture hégémonique.

Certains événements ont particulièrement animé notre démarche. À titre d'exemple, en 2009, pendant la « crise » de la grippe A H1N1 (Dugué, 2009; Girard, 2009; Vance, 2011), le gouvernement québécois menaçait de sanctions les infirmières et infirmiers non-vacciné-es (Harvey, 2009)¹⁴. Ensuite, la difficile sortie du film de Lina Moreco (*Silence, on vaccine !*) a donné lieu à une vive opposition compromettant même sa diffusion¹⁵. Par ailleurs, il persiste une controverse depuis 2007 entre experts-tes sur le vaccin anti-VPH et une demande de moratoire dans plusieurs pays (Mulcahy, 2013; Rail *et al.*, 2015)¹⁶. Et plus récemment, nous avons assisté à la polémique sur la publication du témoignage d'un chercheur du CDC (Barry, 2015; Morgan et Verkamp, 2016) au sujet de la manipulation de données sur des vaccins et

¹³ La fameuse affaire Wakefield, impliquant un article publié en 1998 dans le *Lancet* par le Dr. Andrew Wakefield, chirurgien britannique et chercheur qui suggérait des hypothèses pouvant lier les vaccins ROR et l'autisme, avait été discrédité et maintenant retiré de la revue *The Lancet*. Dr. Paul Offit, expert officiel de la vaccination souvent cité, avait prétendu que l'article était responsable de décès évitables, à cause de parents inquiets qui avaient décidé de ne pas faire vacciner leurs enfants. Notons que les parents des enfants de l'étude ont toujours soutenu les auteurs et ont dénoncé le rôle de GSK et Merk dans cette affaire.

¹⁴ Au Québec, pendant la campagne de vaccination de 2009 contre la grippe A H1N1, le discours autoritaire et coercitif du ministre de la santé mettait en garde les médecins dissidents qui n'encourageaient pas leur patients-tes à se faire vacciner : « Le ministre enjoint à ses condisciples de ne pas décourager leurs patients de se faire vacciner » (Rioux Soucy, 2009 : A6), menaçait de ne pas payer les infirmiers-ères refusant la vaccination : « Le ministre continue de dire que ces gens là [les infirmières refusant le vaccin] risquent d'être retournés à la maison sans salaire » (Harvey, 2009 : B12) et appelait à la responsabilité citoyenne à plusieurs reprises.

¹⁵ Le film de Moreco, produit par l'ONF, sur des victimes de vaccinations et les récits de plusieurs spécialistes remettant en question la sécurité de la vaccination à grande échelle, a donné lieu chez nous à une vive opposition qualifiant ce documentaire de message dangereux et menaçant la couverture vaccinale des enfants (Tapiéro *et al.*, 2009).

¹⁶ Chez nous, la publication d'articles sur la controverse du vaccin anti-VPH (Alarie *et al.*, 2015; Biron, 2015; Lippman, 2007; Rail *et al.*, 2015, 2015b) a remis sur la table les conflits d'intérêts et la limite des connaissances sur les effets au long cours, entre autres, de ce vaccin. Au Danemark, certains-mes médecins révélant des cas de jeunes filles victimes des effets secondaires du vaccin anti-VPH (Brinthe *et al.*, 2015; Kinoshita *et al.*, 2014) ont été critiqués-ées.

le lien possible avec l'autisme¹⁷. Finalement, la pénurie du vaccin DT-Polio sans adjuvant en France en 2015¹⁸ (Joyeux, 2016) et la modification d'étiquetage sur les remèdes homéopathiques par Santé Canada¹⁹ en 2016 suite aux pressions médiatiques et médicales, rappellent que certains acquis sont bien précaires. Ces événements visent particulièrement des scientifiques et PDLs qui ont un discours hétérodoxe au sujet des vaccins et démontrent l'ampleur de la polarisation du débat.

1.1.1 Le débat : d'une expertise à l'autre

La sociologie et l'histoire des sciences participent à la compréhension de l'évolution des théories et des pratiques scientifiques à travers l'analyse des controverses qui se manifestent entre les scientifiques (Latour, 1989). Pour ce qui est de la vaccination, les positions opposées soutiennent différentes constitutions de preuves. Les scientifiques et les PDLs, promoteurs de la vaccination, se servent de données

¹⁷ Le livre intitulé *Vaccine whistleblower* à l'origine d'un film, relate les conversations téléphoniques entre le Dr Brian Hooker, un scientifique enquêtant sur l'autisme et la vaccination, et le Dr William Thompson, un scientifique sénior de la division de la sécurité des vaccins aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Thompson a avoué que le CDC avait détruit des données cruciales dans leur rapport final qui a révélé une relation causale entre le vaccin ROR et l'autisme chez une sous-population d'enfants de race noire. Aux États-Unis, le film *Vaxxed: From Cover-Up to Catastrophe* prévu à l'ouverture d'un festival, a été retiré.

¹⁸ En juillet 2016, le Pr Henri Joyeux aurait été radié de l'Ordre des médecins pour avoir souligné les contradictions qui existent dans la politique vaccinale en France, particulièrement sur l'augmentation importante du coût des vaccins obligatoires (DTP de 7 à 39 euros) et sur le retrait du DT-Polio sans aluminium en 2008, remplacé en 2016, après plusieurs autres, par Infanrix-Hexa (6 maladies) de GSK.

¹⁹ Suite à la pression des médias et de l'association des pédiatres canadiens (Branswell, 2015; Weeks, 2016; Rieder et Robinson, 2015), Santé Canada a modifié l'étiquetage des remèdes homéopathiques, réglementés depuis 2004, en mettant dorénavant une mise en garde qui n'avait jamais existée auparavant, prévenant que les nosodes ne sont pas des vaccins « ni une alternative à la vaccination » et qu'il faut faire vacciner les enfants (Santé Canada, 2015b). « Les nosodes (du terme grec *nosos* : maladie) sont des préparations homéopathiques obtenues à partir de cultures microbiennes, de virus, de sécrétions ou d'excrétions pathologiques » (Demarque, 1975, dans Diais, 1992 : 147) et un certain nombre d'études mettent en lumière l'efficacité de ces remèdes homéopathiques pour la prévention des maladies (Birch, 2010; Fournier, 2016; Golden, 2007, 2013; Kayne, 1997; Mackay, 2012). Ils ont été utilisés dès le début des années 1830 (Julian, 1980). Les nosodes sont aussi utilisés aujourd'hui en agriculture (Morris et Keilty, 2006; USDA, 2011) et en médecine vétérinaire (Lux, 1833-1835 dans Fournier, 2016; MacLeod, 1996; Vandewalle, 2003).

épidémiologiques pour démontrer l'efficacité des vaccins tandis que ceux et celles qui en sont critiques mettent de l'avant le biais de ces données. Même s'il y a un langage scientifique parfois commun, il semble que la controverse vaccinale au sein du milieu scientifique se situe autour des conditions de la preuve apportée. Malgré la domination du modèle vaccinal actuel, adopté par la majorité de la population, la voix du discours scientifique hétérodoxe, même minoritaire, continue de faire son chemin en dépit du discrédit dont elle fait l'objet. Ce discours critique repose sur la démonstration de la rationalité historique, médicale, épidémiologique et juridique de ses preuves ainsi que sur des critiques à propos de la contrainte, de l'efficacité, de la dangerosité et de la validité théorique du fondement du modèle vaccinal (Bertrand et Torny, 2004). Nous exposerons les discours des vaccinalistes et ceux des personnes critiques à l'égard des vaccins dans le but de comprendre ce qu'il reste à mettre en lumière sur ces « savoirs interdits ».

1.1.1.1 La position orthodoxe

La vaccination est une avancée scientifique qui distingue l'entrée de la médecine dans l'ère scientifique moderne (Martin, 2011). La position orthodoxe, adoptée par la plupart des médecins et des professionnels-elles oeuvrant au sein des services de santé gouvernementaux, est que la vaccination serait la principale responsable de la diminution, voire de la disparition de MI, qu'elle demeure essentielle pour réduire la maladie et la mort par MI (André *et al.*, 2008; Offit et Bell, 2003) et qu'elle est sécuritaire (Offit *et al.*, 2002, 2013) :

La vaccination est un des plus beaux exemples de la maîtrise de l'homme (sic) sur son environnement illustrant la lutte jamais achevée contre les bactéries, les virus et les parasites. Prévenir les maladies est, ici, l'expression de l'ingéniosité humaine devançant l'agression des agents pathogènes. Pour empirique qu'elle soit, la mise au point des premiers vaccins n'en a pas moins emporté de grands succès avec la quasi-disparition de la diphtérie, du tétanos, de la poliomyélite et

la première éradication désormais certaine d'une maladie grave: la variole. (...) Bénéficiant de l'avancée des connaissances dans le domaine de l'immunologie et grâce aux technologies innovantes, la vaccinologie est désormais une discipline à part entière. (Griscelli, 1999 : 4)

Les autorités sanitaires prévoient un calendrier recommandé de vaccinations pour les bébés et les enfants. Cautionné par la SP (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2013), il est reconnu officiellement, à l'instar de tous les autres médicaments, comme comportant des risques et des avantages connus et inconnus pour la santé (Bail *et al.*, 2008; Georget, 2009b; Song, 2011). Toutefois, la réponse donnée systématiquement aux études présentant des effets secondaires est que les avantages des vaccins seraient supérieurs aux inconvénients (Liu *et al.*, 2016) car la preuve scientifique de leurs bénéfices est au-delà de tout doute raisonnable. Alors que de nouveaux vaccins pour des maladies supplémentaires sont développés et testés, ils sont ajoutés au calendrier, supportés par l'orthodoxie médicale qui affirme que la plupart des effets indésirables présumés des vaccinations ne sont pas prouvés et sont très rares. Ils peuvent avoir eu lieu au moment de la vaccination, mais cela pourrait bien être une coïncidence.

Selon les défenseurs de la vaccination, il n'y aurait pas de danger à stimuler de cette façon le système immunitaire (Offit *et al.*, 2002). Ces personnes rejettent les revendications selon lesquelles une telle intervention médicale serait liée à des maladies telles que l'autisme ou des maladies autoimmunes, que les enfants reçoivent trop de vaccins (Offit, 2013) et qu'il existe des alternatives efficaces à la vaccination (Moore, 2015; Turgeon, 2015). La vaccination serait la seule réponse aux MI et ses promoteurs réfutent l'efficacité thérapeutique de moyens démontrés par d'autres pratiques comme la médecine homéopathique (Rieder et Robinson, 2015).

Les autorités de SP associent systématiquement la résurgence de certaines MI aux

enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés²⁰ (Muscat, 2011). Par conséquent, selon elles, parler des doutes au sujet des vaccins pourrait provoquer une baisse de couverture vaccinale, ce qui apporterait une catastrophe épidémique :

Ce ne sont pas seulement des opinions, ce sont des faits : [on doit] rappeler aux gens que la vaccination, c'est la base même de la santé publique. Pourquoi n'y a-t-il plus de polio chez nous? Pourquoi n'y a-t-il plus d'épidémies comme on avait il y a quelques années? C'est parce qu'on a la vaccination. Philippe Couillard (Dubreuil, 2015)

Cette citation du premier ministre en 2015 suite à une éclosion de rougeole dans une région de la province, résume bien la position unilatérale des autorités au Québec : il n'y a aucune place pour le questionnement sur cette mesure préventive. Selon les études d'un groupe d'experts-tes de la SP, la diffusion d'information négative en ligne et le manque de connaissances sur les vaccins ont été identifiés comme les principales causes de l'hésitation à l'égard des vaccins (Dubé *et al.*, 2016b).

Du point de vue éthique, la vaccination d'une fraction importante de la population a l'avantage d'avoir des retombées sur l'immunité de groupe²¹ : quand une assez forte proportion de personnes sont à l'abri, les virus ont des difficultés à se propager en raison d'une pénurie de cibles sensibles; ce qui est considéré comme un avantage collectif qui ne doit pas être refusé. Comme le soulignent Doshi et Akabayashi (2010 : 283 *tr. lib*), « la tension éthique des politiques de vaccination infantile est

²⁰ Notons au passage que si la désignation de la situation vaccinale des enfants est claire au Québec (vaccinés, non vaccinés ou vaccination incomplète), il n'en est pas de même partout. Aux États-Unis, dès qu'il manque un rappel de vaccin à son calendrier, un enfant est considéré non vacciné, ce qui grossit les rangs de cette catégorie.

²¹ Le seuil d'immunité de groupe (*herd immunity*) est une notion mathématique qui se calcule à partir d'un modèle basé sur des hypothèses pour l'estimation de seuils d'immunité de groupe pour les différentes maladies à prévention vaccinale. Par exemple, l'OMS a établi l'immunité de groupe minimale pour la rubéole, la varicelle, la polio et la variole à 80 %; pour la Diphtérie, à 85 %; pour les oreillons, entre 75 et 85 %; et pour la rougeole, elle varie entre 83 et 94 % (Fine, 1993; Fine *et al.*, 2011; <http://www.who.int/immunization>; John et Samuel, 2000). Selon les auteurs, vacciner 75 % à 80% (selon les vaccins) de la population générale constitue une couverture (*blanket*) d'immunité qui protège ceux qui, autrement, seraient susceptibles de développer une maladie.

souvent présentée comme étant un équilibre entre la valeur du choix et le devoir de protéger. Parce que les maladies infectieuses se propagent de personne à personne, les enfants non vaccinés sont généralement décrits comme mettant les autres autour d'eux à risque, en violation d'un droit perçu à être protégé contre le mal ». En d'autres termes, pour promouvoir le bien collectif, il est éthique de prendre des mesures énergiques pour promouvoir la vaccination. Il est aussi généralement admis que les politiques de vaccination devraient être décidées par les gouvernements, en suivant les recommandations des PDLS experts-tes (Jefferson, 1998).

Devant la crainte d'une résistance du public à la vaccination et d'une baisse de la couverture vaccinale, de nombreux livres ont récemment été publiés, mettant en garde contre les dangers du « déni scientifique » des dissidents-tes (Allen, 2007; Jacoby, 2008; Mnookin, 2011; Offit, 2010; Specter, 2010). Cette menace perçue a amené plusieurs régions des États-Unis à abolir l'exemption vaccinale (Habakus et Holland, 2011; Martin-Lagardette, 2007). Chez nous, l'Association Médicale Canadienne a demandé récemment de mettre fin aux exemptions non médicales dans les provinces où il y a des règles de vaccination obligatoire (Picard, 2016). Certains s'appuient sur le statut vulnérable de l'enfant et préconisent l'obligation parentale à la vaccination (Bouvier-Aclair, 2015; Finn et Savulescu, 2011), d'autres préconisent l'immunisation obligatoire des PDLS (Gemmill, 2006).

1.1.1.2 La position hétérodoxe

Face à cette position dominante, un certain nombre de médecins, de scientifiques et de citoyens-nes soutiennent que les connaissances sur la vaccination comportent des lacunes importantes. Ils remettent en question l'ampleur des avantages, notant que les taux de décès causés par les MI ont diminué de façon spectaculaire dans les pays riches et ce, avant l'introduction de la vaccination de masse (Martin, 2011). L'impact

des procédures de vaccination dans l'histoire des maladies (voir Annexe G) n'aurait pas été d'une importance majeure mais plutôt d'une portée limitée²² (Buchwald, 2003; Georget, 2014; Humphries et Bystrianyk, 2013; Marin Olmos, 2005; McKeown, 1979; McKinlay et McKinlay, 1977). L'amélioration de l'alimentation et de l'hygiène, l'augmentation du niveau de vie, le contrôle des naissances et le progrès dans les conditions des logements urbains et de l'eau potable auraient joué un rôle plus important dans l'espérance de vie qu'une technologie médicale comme la vaccination²³ (Dubos, 1987; McKinlay *et al.*, 1989; Szreter, 1995). De plus, d'après certains-nes, dès le XIX^{ème} siècle et jusqu'à nos jours, les homéopathes auraient développé un outil thérapeutique efficace pour prévenir et traiter plusieurs MI (De Souza Nunes, 2008; Fournier, 2016; Mackay, 2012; Sheffield, 2014).

Pour les critiques de la vaccination, les preuves d'éclosions importantes de MI chez les vaccinés²⁴ (Atrasheuskaya *et al.*, 2008; Brockhoff *et al.*, 2010; De Serres *et al.*, 2013; Groll et Thomson, 2006; Park *et al.*, 2007) malgré le haut taux de couverture vaccinale (89 % à 97 % pour la rougeole selon WHO-UNICEF, 2013) et le faible taux de non vaccinés (seulement 1 % des enfants au Québec n'a reçu aucun vaccin; Boulianne *et al.*, 2015), sont des éléments qui laissent suggérer que la vaccination ne garantit pas la résurgence de certaines MI. Et ceci, sans compter que « la diminution du nombre des malades atteints par une affection ne reflète pas uniquement la

²² Certaines données épidémiologiques de plusieurs pays (par exemple, l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Espagne, la France, l'Allemagne, la Suède) suggèrent qu'entre 1860 et 1965, jusqu'à 90 % du déclin des taux de mortalité des enfants par des maladies infectieuses (coqueluche, scarlatine, diphtérie, rougeole, influenza) s'est produit avant l'introduction des vaccinations infantiles de masse (Marin Olmos, 2005; McKeown, 1979; McKinlay, 1977; Rogers et Pilgrim, 1995; Shepherd, 1967). La variole resterait une exception. Selon McKinlay (1989), l'estimation probable de la contribution totale de toutes les mesures médicales au déclin de la mortalité par les maladies infectieuses aux États-Unis depuis 1900, serait de 3,5 %, la vaccination représentant un bien faible pourcentage (Dew, 1999).

²³ D'ailleurs, un officier de santé américain de la ville de Cleveland conclut, après l'étude de statistiques, que les mesures les plus efficaces pour délivrer la ville de la variole ont été sanitaires (nettoyage des rues, quarantaine et désinfection au formaldéhyde), et non pas la vaccination de masse (Freidrich, 1902, dans Fournier, 2016).

²⁴ Il existe plusieurs autres exemples, voir entre autres : Ammari *et al.*, 1993; Boulianne *et al.*, 1991; Briss *et al.*, 1994; Deeks *et al.*, 2011; De Serres *et al.*, 1995; Frasch *et al.*, 1991; Gustafson *et al.*, 1987; Mooi *et al.*, 1999; Park *et al.*, 2007; Yuan, 1994.

couverture vaccinale, mais aussi les variations imprévisibles, mais réelles, de la virulence des agents pathogènes (beaucoup de maladies déclinent d'elles-mêmes, puis renaissent des dizaines, voire des centaines d'années plus tard) » (Moulin, 1999 : 12). Par exemple, on observe maintenant un déplacement de l'âge où se manifeste la rougeole. C'est maintenant à 10 ans que la maladie apparaît et on peut se demander si la vaccination n'a que déplacé le phénomène dans le temps. Selon Moulin, (1996b : 481) « à chaque époque correspond un concept de la nature historiquement daté ». Aussi, toutes les maladies infectieuses ont des périodicités qui ne peuvent être mesurées que sur un très long cours avec plusieurs générations d'enfants (Girard, 2011). On parlait déjà au XIX^{ème} siècle des phénomènes de suppression des maladies, de leur déplacement et de ses conséquences (Hahnemann, 1832). La suppression des MI par la vaccination, leur déplacement dans le temps sont-ils dangereux ? Le retour sporadique de certaines d'entre elles est-il à craindre ? Est-ce que ces phénomènes, conséquences des prétentions de la médecine, seraient le résultat d'une société moderne plus téméraire que celles d'avant (Moulin, 2004) ?

L'augmentation de certaines maladies chroniques soulève aussi des questions sur l'efficacité et l'innocuité à long terme des vaccins et la suppression des MI (Albonico *et al.*, 1997; Albonico et Hirte, 2005; Classen, 1996b, 2014; Chen *et al.*, 2001; Chen, 2013; McDonald *et al.*, 2008; Shoenfeld *et al.*, 2015; Teixeira, 2002; Zandvliet et Wel, 2007). La hausse de la prévalence de certaines conditions - par exemple, les troubles du spectre de l'autisme, le diabète et des maladies autoimmunes telles que les allergies et l'asthme - pourrait être liée à un plus grand nombre de vaccinations chez les enfants (Martin, 2011). Les travaux de l'immunologiste américain Classen (2014) depuis le milieu des années 1990 présentent des preuves accablantes liant l'augmentation rapide du nombre de vaccins administrés aux enfants dans plusieurs pays (ce qui crée un état de surcharge immunitaire chez un nombre important de jeunes enfants) et des problèmes de santé complexes et interreliés y compris l'obésité, le diabète et l'autisme. Les enfants recevraient trop de vaccins (Berthoud *et al.*, 2007;

Dolgin, 2013; Dubé *et al.*, 2013b) et il n'y aurait pas eu d'études à long terme sur l'efficacité de la vaccination, ni d'études cliniques randomisées (ECR) faites par des responsables de la SP comparant la santé des enfants vaccinés à celle des non vaccinés, et non plus d'essais en double aveugle²⁵ pour démontrer l'innocuité des vaccins (Georget, 2009; Girard, 2014; Golden, 2013). Les gouvernements n'auraient pas non plus commandé d'études pour vérifier si des épidémies se produiraient si on réduisait certains mandats de vaccination dans les pays industrialisés. Selon Habakus et Holland (2011), dans ces pays, il n'existe aucune épidémie infectieuse généralisée d'une seule maladie, pourtant de nombreux gouvernements imposent, à travers diverses mesures coercitives, la vaccination contre plus d'une douzaine de maladies.

D'un point de vue éthique, les critiques disent que la vaccination obligatoire ou semi-obligatoire est un déni des droits de la personne (Habakus et Holland, 2011). Parce que les individus sont potentiellement à risque suite aux vaccins, ils devraient avoir le choix de se faire vacciner ou non. Les critiques soutiennent que les individus (ou les parents pour ce qui est des enfants) devraient prendre les décisions quant à la vaccination et que les gouvernements ne devraient pas l'exiger ou avoir des politiques qui rendent difficile le refus du vaccin. Les critiques soutiennent aussi que les effets indésirables de la vaccination (MAPI) sont largement sous-estimés et que la vaccinovigilance est déficiente (Aagaard *et al.*, 2011; Biron, 2016; Georget, 2009; Girard, 2014; Stott et Wakefield, 2011). Les effets indésirables seraient beaucoup plus fréquents que généralement reconnus, en partie parce que les médecins ne les regardent pas ou ne les signalent pas tous (Martin, 2011). Des recherches notent qu'entre 90 et 99% des effets indésirables graves des médicaments ne sont jamais signalés (Fuller, 2014; Lopez-Gonzalez *et al.*, 2009).

²⁵ Selon Girard (2014), les comparaisons ne se font pas contre un vrai placebo et les évaluations de tolérance seraient encore plus affaiblies par l'absence de ECR strictes sur l'efficacité.

Les savoirs et les expériences hétérodoxes semblent produire une division face à la vaccination au sein du milieu scientifique. Malgré cela, le vaccin ne semble pas être le sujet d'une remise en cause comme c'est le cas pour certains médicaments ou actes médicaux (Abraham et Davis, 2013; Borch-Jacobsen, 2014; Gotzsche, 2013; Horel, 2010; Rochon Ford et Saibil, 2009)²⁶. On pense ici aux controverses sur la fabrication et la vente de la maladie, sur la surmédication, sur l'iatrogénie (Applbaum, 2006; Cassels, 2012; Moynihan *et al.*, 2002), sur l'usage et l'efficacité des statines (De Lorgeril, 2008), sur l'hormonothérapie et les bisphosphonates (Gotsche, 2013; RQASF, 2009) et sur les antidépresseurs (Healy, 2012; Kirsch, 2010; St-Onge, 2013; Whitaker, 2010). Encore, la fluoration de l'eau, perçue par les opposants à cette intervention comme une médication forcée donnée à l'ensemble de la population (Martin, 2011), a droit à un débat public. Le vaccin, lui, semble rester tabou (Choffat, 2005).

La possibilité d'un débat sur la place publique au sujet de la vaccination paraît plus grande dans les sociétés où coexiste une pluralité médicale (MC et MNC). Rappelons la tenue de différents colloques européens²⁷ avec la participation du milieu médical conventionnel et non conventionnel. Chez nous²⁸, au contraire, seule la position vaccinaliste est représentée (Laberge *et al.*, 2011).

²⁶ Voir aussi entre autres : Abraham, 1995; Collin *et al.*, 2006; Conrad, 2007; Lévy et Garnier, 2007; St-Onge, 2004.

²⁷ Le colloque de Barcelone en 1998 organisé par des médecins inquiets des effets post-vaccinaux duquel est né le *European Forum for Vaccine Vigilance* (EFVV) (Marin Olmos, 2005). Le colloque du Parlement européen en 2002, intitulé « *Le bien-fondé de la pratique vaccinale* », où participaient médecins, homéopathes, chercheurs-res, responsables de l'OMS, citoyens-nes, membres d'associations de santé, qui a donné lieu à un ouvrage d'Autrive *et al.* (2003). Le colloque de Bruxelles en 2011 intitulé « *Vacciner à tour de bras. Réflexions pour le choix d'une politique vaccinale de santé publique* », représentant tous les points de vues du milieu médical conventionnel et non conventionnel.

²⁸ Le colloque de l'Université de Sherbrooke en 2011 intitulé « *Fondements culturels et religieux du phénomène d'hésitation à la vaccination : explications et implications pour le système de soins canadien* » avait pour but de se pencher sur le phénomène de l'hésitation à la vaccination pour cerner les enjeux culturels et religieux, les obstacles au consentement et les stratégies de communication efficaces pour augmenter l'observance (Laberge *et al.*, 2011). Deux exemples semblent faire exception, il y a eu la tenue d'un débat public en 2009, lors de la « crise A H1N1 » sur les risques de la vaccination (Conférence publique et débat : *Les enjeux de la grippe porcine H1N1*). Et aussi la tenue

1.1.1.3 La divergence au sein de la science

Il y a effectivement une émergence de données scientifiques qui laisse croire que la vaccination peut causer plus de dommages que ce qui est généralement reconnu par la communauté médicale. Puisque notre étude porte essentiellement sur les discours hétérodoxes autour de la vaccination et que nous considérons que l'apport de ces très nombreuses études aux connaissances sur le vaccin est méconnu et souvent écarté du discours dominant, nous avons choisi de mettre un aperçu commenté de ces écrits en annexe (Annexe C) afin d'éclairer davantage les arguments scientifiques avancés par les critiques et d'identifier les manques dans nos connaissances sur les vaccins. Ce texte comprend, entre autres, diverses recherches scientifiques portant sur les effets secondaires et accidents post-vaccinaux (MAPI) et sur la contamination des vaccins et adjuvants (C.1). Cette annexe inclut aussi des recherches qui soutiennent les hypothèses de risques et dommages vaccinaux non reconnus comme des changements structuraux chez les primates, des réponses vaccinales variant chez les enfants selon leur sexe. Ces études présentent aussi des hypothèses sur les conséquences de la suppression des maladies infectieuses, sur l'impact des multiples vaccinations et sur l'intolérance observée aux nouveaux vaccins conjugués. Les études sur le phénomène des effets non spécifiques (ENS) des vaccins (C.2) ou sur le questionnement du calendrier vaccinal y sont aussi mentionnées (C.3). Il existe également des études sur les divers biais scientifiques observés dans la recherche sur la vaccination (C.4) et des études indépendantes ignorées par les autorités de SP et le milieu scientifique conventionnel sur les vaccinés/non vaccinés (C.5). De leur côté, les études sur l'efficacité (la controverse du vaccin anti-grippal, les diverses théories sur les éclosions de MI chez les vaccinés, sur l'adaptation des virus ou sur le phénomène du

d'un café-scientifique ouvert au public, en marge de l'ACFAS 2015 organisé par Florence Piron (Association Science et bien commun), intitulé : *Comment débattre de la vaccination au Québec aujourd'hui ?*

shedding) sont fort intéressantes mais rarement citées dans les écrits orthodoxe sur les vaccins (C.6).

Comme nous le verrons, les critiques avancent également que l'histoire des (in) succès de la vaccination n'est pas nécessairement ce qu'on en a dit (Ancelet, 2010; Bushwald, 1995; Fressoz, 2012; Georget, 2014; Humphries et Bystrianyk, 2013; Moulin, 1999b).

1.1.2 Une histoire lacunaire : la vaccination et sa construction sociale

La vaccination représente donc un enjeu social, politique, économique et moral pour les sociétés modernes. Selon Moulin (1999b), elle est une stratégie de santé publique acceptée et un fait de société, au sens durkheimien, c'est-à-dire qu'en plus de répondre aux critères de généralité et d'historicité par sa fréquence et sa durée auprès de la population, elle a à la fois les marques de ce qui est extérieur à l'individu et ce à quoi il est contraint (Durkheim, 1967). Le sujet de la vaccination est maintenant lié à la production et à la construction des problèmes de santé, à la mondialisation sanitaire, à la résolution des inégalités et à la médicalisation du social. Connaître les lacunes de son histoire nous permet de mieux saisir l'évolution de la pensée critique à son sujet.

1.1.2.1 L'inoculation pour construire des États modernes

La vaccination est aujourd'hui un phénomène exclusivement médical mais cela n'a pas toujours été le cas. Grâce aux travaux de Moulin et de Fressoz²⁹, il est possible de reconstituer toute son histoire. Car « la vaccination est l'aboutissement d'un long processus au cours duquel les sociétés et pas seulement les médecins ont essayé de se

²⁹ A-M Moulin est médecin et philosophe des sciences. J-B Fressoz est historien des sciences.

prémunir contre les épidémies à l'aide de toutes sortes de rituels prophylactiques » (Moulin, 1999b : 983). Il y a bien eu les méthodes chinoises ou indiennes de variolisation au XVI^{ème} siècle ou encore les méthodes des guérisseurs péruviens en 1930 avec le lait « variolé ». Aux méthodes chinoises, on peut ajouter « la première intervention officielle des femmes dans l'histoire de la médecine chinoise » (Moulin 1999 : 13) qui ont découvert empiriquement la vertu préventive de l'inoculation de la variole. Elle a été introduite plus tard en Europe au XVIII^{ème} siècle grâce à « Lady Mary Montagu, épouse de l'ambassadeur anglais à Constantinople » (Moulin, 1999b : 984). On retrouve également dans l'histoire, le travail des homéopathes qui, dès 1830, ont combattu les épidémies (variole, scarlatine, diphtérie, tuberculose, fièvre jaune, choléra) (Fournier, 2016) et ont développé une prophylaxie (Sheffield, 2014; Winston, 2006) et un traitement suite aux complications vaccinales (Burnett, 1884; Smits, 2001).

Le mathématicien Bernoulli soumet en 1760 à l'Académie des sciences la première modélisation épidémiologique de l'histoire d'une épidémie de variole, comparant le risque encouru en subissant une inoculation avec celui de succomber de la maladie sans traitement préventif (Fressoz, 2012). Si l'emploi de la notion de risque, survenu dès le XII^{ème} siècle, est d'abord l'apanage du monde du commerce et de l'assurance (Hacking, 1990), c'est la création du savoir probabiliste sur la vie, de la statistique et de l'expert légitime qui a contribué à la construction de l'objet vaccinal et à la justification de l'inoculation. Ce savoir a permis de convaincre les individus de s'y soumettre - en normalisant le vaccin (Foucault, 2004), et à faire de la vaccination, contemporaine au règne de Napoléon I^{er}, un projet politique (Fressoz, 2012; Moulin, 2007). En effet, « la vaccine a été avant tout un instrument du pouvoir d'état dont les chefs d'État ont saisi rapidement l'importance comme outil démographique et comme outil de pouvoir tout court » (Moulin, 1999b : 984). L'intérêt sociologique pour la vaccination de masse repose sur le fait que cette intervention a participé à la construction des États modernes (Moulin, 2007). L'inoculation a servi de technologie

esclavagiste : on immunisait les esclaves pour accroître leur valeur vénale (Fressoz, 2012 : 51). Le vaccin a aussi été un outil sexiste d'exclusion des femmes du domaine de la santé des enfants : elles n'étaient pas reconnues « ayant assez de 'lumières' pour décider de leur inoculation » (*Ibid* : 40). Son histoire est à la fois triomphaliste (les milliers de vies sauvées) avec ses promesses d'éradication des MI, mais aussi dramatique (les milliers de morts par la vaccine) avec les horreurs des essais sur les enfants trouvés et les prisonniers, entraînant la propagation de la syphilis (*Ibid*; Hills, 1875), et aussi les conditions de vaccination chez la classe ouvrière, ses conséquences individuelles ou collectives (complications postvaccinales importantes) (Moulin, 2003).

Il faut savoir que depuis la variolisation et l'inoculation en Chine avant même le XIV^{ème} siècle, en passant par la route de la soie dans l'Empire Ottoman, pour se rendre en Europe et conquérir l'élite des Lumières (Voltaire), puis arriver à l'inoculation de la vaccine de Jenner (1798) et aux vaccins par virus atténués de Pasteur (1881), la vaccination a été un instrument important du pouvoir, de la « raison d'État » (Foucault, 1980), dont les gouvernants ont saisi rapidement l'importance comme outil de contrôle. Jenner en fait la promotion et « on connaît [sa] volumineuse correspondance avec les chefs d'État de son temps et en particulier avec le président des États-Unis Thomas Jefferson [1806] » (Moulin, 1999b : 984). Il s'agit, dès lors, selon Fressoz (2012), de légitimer le fait accompli de cette technologie en produisant des savoirs et des ignorances. Le savoir j Jennerrien a bénéficié de l'aval politique (comité des philanthropes et ministre sous Napoléon 1^{er}), malgré la controverse médicale de l'époque et l'utilisation de moyens alternatifs efficaces (Baur, 1982; Hale, 1864; Schmidt, 1963, 1967).

Historiquement, quelles que soient les craintes face aux épidémies, l'introduction de la vaccination obligatoire contre la variole au XIX^{ème} siècle ne fut pas reçue avec beaucoup d'enthousiasme. Les plus nantis faisaient vacciner leur enfant par un

médecin, tandis que les autres étaient dirigés vers des vaccinateurs publics (Durbach, 2005). Un très grand nombre de personnes du milieu ouvrier auraient été attirées par le mouvement antivaccinaliste car il représentait la résistance aux tentatives croissantes de l'État de « discipliner » le corps (Durbach, 2000). Au Canada, la vaccination de masse a représenté un enjeu politique surtout durant l'épidémie de variole à Montréal en 1885. En diffusant les rapports sur les effets secondaires graves du vaccin donné par les vaccinateurs publics³⁰ et en utilisant l'argument culturel selon lequel la vaccination obligatoire fait partie du monopole paternaliste de l'institution médicale, le mouvement antivaccination reflétait l'étendue de la résistance de la classe ouvrière à cette intervention obligatoire (Keelan, 2004). Dans les années 1950 et 1960, la vaccination était associée à d'autres risques, notamment aux hormones et aux antibiotiques ajoutés aux aliments pour animaux, ainsi qu'aux effets nocifs des insecticides, des engrais et des agents de conservation des aliments. Des homéopathes américaines de cette époque, proches du mouvement environnementaliste influencé entre autres par les écrits de Rachel Carson (1962)³¹, voyaient la fluorisation de l'eau et l'obligation vaccinale comme une médicalisation de masse et une tentative de la médecine moderne de standardiser les individus (Taylor Kirschmann, 2004). Ces PDLS appelaient à la vigilance face aux organismes gouvernementaux de santé, aux médecins, aux experts scientifiques et aux autres personnes chargées de la protection du public. Depuis, diverses critiques face à la vaccination viennent souvent de médecins (Torny, 2011).

³⁰ Les données sur Montréal à cette époque ont montré que 50 % des patients admis à l'hôpital pour la variole étaient vaccinés (Keelan, 2004). Les taux de mortalité suite à l'inoculation étaient semblables en Europe. L'origine d'une politique de santé et de médicalisation incluant la mise en place d'un programme de vaccination a été progressivement appliquée à Montréal dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, non sans une résistance, si on se fie aux émeutes de 1885-1886. Déjà à cette époque, une partie du corps médical s'opposait à l'établissement d'un programme public et obligatoire de vaccination (Farley *et al.*, 1987; Paradis, 1989).

³¹ *Silent Spring*, un ouvrage sur l'épandage généralisé du pesticide DDT et ses effets nocifs, a été publié d'abord en trois parties dans les numéros du magazine *The New Yorker* des 16 juin, 23 juin et 30 juin 1962.

Réfléchir sur l'histoire des sociétés et de leurs vaccins, c'est replacer l'adhésion quasi mystique à un système par un débat scientifique et politique. Dans chaque pays, la politique vaccinale s'efforce de concilier la volonté de l'État d'assurer l'ordre sanitaire, le progrès des recherches scientifiques et la liberté de chacun : elle se situe aux confins de la raison d'état, de la raison scientifique et de la raison individuelle. (Moulin, 1999 : 12)

Malgré les nombreux obstacles, le développement des vaccins s'est maintenu. Nous sommes passés des vaccinations génériques (typhoïde en 1914, BCG en 1922, diphtérie en 1926) aux vaccins viraux inactivés ou atténués (Polio de Salk en 1955, de Sabin en 1961, un outil privilégié de la santé publique), puis au DCTP-BCG de 1974 lancé par l'UNICEF, pour arriver à la multiplication des vaccins (1950-70 : ROR; 1985-1995 : HIB, Hép B, varicelle; 2000-2006 : méningite, grippe, Hép A, pneumonie, Rotavirus, VPH), en passant par des vaccins génétiques (Hép B et VPH).

Le Canada a été un joueur important sur l'échiquier vaccinal. En 1925, le Connaught Serum Laboratories de Toronto et le conseil provincial de la Santé de l'Ontario ont testé le vaccin contre la diphtérie sur 15 000 enfants d'âge préscolaire et scolaire dans 3 régions de la province (Day, 2008). Puis le scandale de la contamination des vaccins polio entre 1955 et 1963 par le virus SV40 du singe³² (Georget, 2009) poussa les chercheurs vers de nouvelles méthodes pour fabriquer les vaccins. Ces dernières étaient attrayantes pour l'industrie pharmaceutique car elles semblaient promettre la possibilité de vaccins qui étaient plus fiables. Sur la base de ces attentes, dans les années 1980, un certain nombre de sociétés pharmaceutiques multinationales ont tourné leur attention et leurs vastes ressources vers les vaccins en concluant des accords de collaboration avec des chercheurs universitaires et les entreprises de biotechnologies qui possédaient cette expertise (Day, 2008).

³² Les vaccins étaient fabriqués avec des virus obtenus sur des cultures primaires de cellules de rein de singe rhésus. Le passage du virus transplacentaire chez les femmes enceintes fut confirmé en 1979 (Farwell *et al.*, 1979; Georget, 2009).

Selon Moulin (2003 : 499) : « Il n'y a pas d'histoire unique de la vaccination, mais une histoire des vaccins qui ont été utilisés à différentes époques et dans différents pays ». « L'histoire de la vaccination peut se résumer à un pari audacieux sur la capacité des organismes, et du corps humain, de mieux se défendre contre une maladie après une rencontre programmée par l'art médical » (Moulin, 2010 : 14). Cette gageure sur des populations en santé, d'une technologie qui modifie les corps de façon permanente, est arrivée en Europe au XVIII^{ème} siècle, « dans une époque où le religieux et le politique construisent le sujet dans une éthique utilitariste » (Fressoz, 2012 : 45), et a gagné son pari en parvenant à ce que la vaccination soit normalisée. « Dans le projet des Lumières – d'instauration de l'individu autonome et mû par la raison – l'inoculation tient une place très importante : elle fut la technique emblématique d'une philosophie morale qui valorisait l'autogouvernement rationnel de soi » (*Ibid* : 28).

Prise en charge au XX^{ème} siècle et intégrée au mécanisme sanitaire, la vaccination est marquée par des choix de nature scientifique mais aussi politique (Moulin, 1996). Ainsi, la résistance à la vaccination, née en même temps que sa découverte et que l'imposition à la fois directe et indirecte de cette pratique sur les corps, est aussi, comme nous le verrons dans cette recension des écrits, un sujet largement documenté. La vaccination prendra une grande place dans le développement du pouvoir médical et dans la subordination des autres professions de la santé.

1.1.3 L'essor du pouvoir médical

Cette révolution pasteurienne du XIX^{ème} siècle va de pair avec le fait que « la médecine prend une place considérable. Elle devient un '*savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps biologique et sur la population*' (Foucault, 1997 : 225). Elle est productrice de normes aux niveaux individuel et collectif. Nous assistons alors tout

naturellement à la montée du pouvoir médical et de celui de tous les spécialistes de la vie au cours du XX^{ème} siècle » (Contandriopoulos, 2003 : 6). Suite au Rapport Flexner de 1910³³, la montée de la professionnalisation médicale, comme par exemple au Québec, s'est d'abord faite par l'obtention du pouvoir de sa corporation « d'établir ses propres règlements pour régler l'étude de la médecine dans toutes ses branches et de passer ses propres statuts pour sa régie » (Bernier, 2015). Depuis, cette profession n'a cessé d'assurer son autorité :

À partir de ces acquis, le Collège oriente ses initiatives vers l'affermissement de la crédibilité de ses membres et vers la subordination, sinon l'élimination, des concurrents dans le marché des thérapies. Les progrès importants de la science médicale et la médicalisation accrue des hôpitaux assurent une position plus confortable aux médecins (...). [Il] intensifie peu à peu ses efforts de monopolisation des soins curatifs en misant à la fois sur l'éradication, grâce aux poursuites qu'il put dès lors tenter contre ses rivaux, – qui vise particulièrement les guérisseurs, les rebouteurs, les ostéopathes, les homéopathes et les chiropraticiens – et la subordination – qui vise les infirmières et les sages-femmes – des concurrents dans le marché des soins médicaux. Cette politique est en partie basée sur un renforcement des pouvoirs de la profession médicale par la voie législative. (Goulet, 2004 : 42-43)

De plus, en devenant la seule référence acceptable et légitime, la MC permet d'ignorer, entre autres, l'histoire de l'apport de la médecine homéopathique, présente au Québec depuis le milieu du XIX^{ème} siècle, à la santé de la population. Elle empêche sa professionnalisation en limitant ses possibilités d'intervention en exerçant une influence sur la loi médicale et en limitant l'accès à l'enseignement dans les institutions publiques (Fournier, 2012; Martel, 1990; Robitaille, 1992).

« [Le Collège] parvint aussi à garder son autorité sur les nouvelles professions alors

³³ Étude menée afin d'examiner la formation médicale aux États-Unis, donnant naissance à l'enseignement médical moderne (Beck, 2004; Beliner, 1976; Flexner, 1910). Ce rapport déclencha des changements majeurs dans l'éducation médicale et eu un impact aussi en Europe et au Canada en pénalisant entre autres l'approche homéopathique. Par exemple, quarante-six écoles de médecine aux États-Unis furent fermées, incluant celles formant les femmes et la communauté noire, dont 20 Collèges et Universités où s'enseignait la médecine homéopathique (Taillefer, 2009).

en développement comme la pharmacie, l'art dentaire, et le nursing (...) on les a reconnus comme les « seuls intervenants à posséder les compétences nécessaires pour déterminer les conditions favorables à la prévention de la santé publique et au rétablissement de la santé des individus », et, « ils seraient dorénavant payés pour tous les actes médicaux qu'ils feraient. Ainsi, leur pouvoir se trouva-t-il confirmé et leurs revenus assurés » (Goulet et Gagnon, 2014 : 283-310 dans Bernier, 2015). L'acte de vacciner sera d'abord exécuté par les médecins puis, devenu moins payant à cause des programmes de vaccination de masse dans les écoles, il passera aux mains des infirmières (Rousseau et Daigle, 2013).

Dans les années 1980, des sociologues ont parlé de « foi vaccinale » (...) Pour la plupart, [les PDLs] n'ont pas la formation médicale ou scientifique, ni le temps nécessaire, pour juger du bien-fondé de chacune des recommandations vaccinales. Le vaccin est vu comme un « magic bullet », un instrument simple et efficace au cœur du rôle de prévention des médecins, surtout à l'égard des enfants (...) L'adhésion aux vaccins relève de l'adhésion à l'État et à ses structures de santé publique. (Torny, 2011)

Cependant, braver l'orthodoxie biomédicale a semblé davantage possible avec le mouvement pour la santé des femmes des années 70 grâce au féminisme de la deuxième vague, parallèlement à des écrits sceptiques sur le vaccin (Boston Women's Health Collective, 1978 ; Coulter et Fisher, 1985 ; Horowitz, 1983 ; Mendelsohn, 1979). Mais l'autorité scientifique souveraine qui s'est étendue pendant les années 1990 avec le monopole de l'*EBM*, née justement dans les années 1990, a réussi à faire taire cette critique de la science du vaccin ou de son emploi et à exclure des formes alternatives de savoir. C'est entre autres à partir de ce cadre normatif dominant de la science que sont discrédités ceux et celles qui osent critiquer la science du vaccin. Ce « fait social » comporte plusieurs dimensions bien identifiées par Leach et Fairhead (2007) qui en font un objet d'étude unique.

1.1.4 Les multiples dimensions du vaccin

On comprend déjà que le vaccin représente « l'intrication du social et du politique » (Moulin, 2003 : 565) et qu'il comporte les dimensions socio-corporelle, technologique, politique et économique. Selon plusieurs auteurs-res, la pratique de la science (Dew, 1999), les idéologies de la biomédecine³⁴ (Khun, 1983; Foucault, 1997; Illich, 1976; Tesh, 1988), les intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique (Angell, 2005; Braithwaite, 1984; Gervas et Mansfield, 2009; Light *et al.*, 2013; Stamatakis *et al.*, 2013), le rôle des organismes internationaux (Graham, 2016), le succès symbolique de l'éradication de la variole, icône de la modernité (Bury, 1998; Dew, 1999; Fressoz, 2012), et la formation des médecins, se réunissent pour renforcer avec puissance le soutien aux programmes de vaccination de masse et ainsi contribuer à marginaliser les discours hétérodoxes sur la vaccination. Le vaccin comporte au moins quatre dimensions : socio-corporelle, technologique, politique et économique.

D'abord, la vaccination a, selon Leach et Fairhead (2007), une *dimension socio-corporelle*. La dimension sociale s'adresse à la façon dont la pensée et la pratique vaccinale des gens en vient à faire partie des relations et des processus sociaux. Les différents discours des parents dans les études sur la vaccination démontrent bien comment la science et la technologie sont impliquées dans la construction de la parenté, de l'identité, de la différence et de la solidarité sociale. Certains s'inquiètent de la signification du fait que, pour la première fois, des millions de personnes maintenant adultes ont grandi en étant exposés aux biotechnologies (Bell Barnett,

³⁴ Aujourd'hui, la théorie des germes qui est une théorie de la maladie infectieuse, demeure le paradigme de la biomédecine, « virtuellement synonyme de science » (Tesh, 1988 dans Dew, 1999), de la lutte contre les maladies et reste tellement enracinée dans la pensée médicale comme une incontestable vérité (Dew, 1999), qu'il est difficile de considérer d'autres théories qui seraient sans doute utiles. Mais même si les théories immunologiques et génétiques (Darrason, 2013) deviennent de plus en plus synonyme de science, les vaccins, comme les antibiotiques, représentent encore symboliquement la capacité de la profession médicale à lutter contre les germes et incarnent l'espoir de la médecine moderne, soit l'éradication des maladies infectieuses souhaitée par Pasteur et entérinée par l'OMS (Duclos et Okwo-Bele, 2007; Moulin, 1999).

2012).

Quant à la dimension corporelle, elle a plus à voir avec la façon dont les gens conceptualisent les processus corporels impliqués dans le maintien de la santé des enfants. Ceci implique de comprendre comment leur discours s'accorde ou s'oppose avec la position orthodoxe sur la vaccination. Il faut étudier leurs pratiques face à la santé, à la maladie, à la technologie et à la thérapeutique (Leach et Fairhead, 2007) et leur façon de faire des choix. Cette dimension doit être mise en lien avec la sociologie du corps (Berthelot, 1992; Latour, 2004; Le Breton, 1992; Petersen, 2007; Zola, 1991), les théories féministes sur le corps (Birke, 1999; Grosz, 1994; Haraway, 1989; Kuhlmann et Babitsch, 2002; Marshall, 1996; Martin, 1994), ainsi que les approches orientées sur la pratique qui permettent d'avoir une idée de la façon dont la technologie participe à la construction des relations sociales (Latour, 1989, 1993) et à la construction du sens dans la vie des gens :

S'interroger sur les implications sociales et politiques des vaccins, c'est donner à l'histoire des vaccins et pas seulement de la vaccination, tous ses sens, entre autres celui d'une manipulation du corps, d'un rituel de préservation ou d'intégration des dangers. Elle amène à percevoir comment les pouvoirs publics ont saisi l'occasion d'instaurer un certain ordre des corps, fondé, comme le disait Michel Foucault, sur la gouvernementalité de la vie et sur le « souci de soi. (Moulin, 2003 : 566)

Dans leur *dimension technologique*, les vaccins comme biomédicaments³⁵ de prescription (Light, 2010) sont encore en développement (Leach et Fairhead, 2007; Moulin, 1996) et subissent toujours de nombreuses modifications. Ce sont les seuls

³⁵ Une technologie est l'application des principes scientifiques et de l'ingénierie à la transformation de matériaux par des agents biologiques pour produire des biens et services. Les vaccins sont des biomédicaments (Repère Médical, 2006) : « Les médicaments biologiques regroupent plusieurs familles de médicaments, qui ont comme point commun d'être issus d'une sorte d'usine vivante, la cellule. Si, pour produire le médicament, tout ou partie d'une cellule est utilisé, il s'agit d'un médicament biologique, aussi appelé biomédicament (...) les vaccins concernent particulièrement le système immunitaire » (<http://www.immunologie-allergologie-paiano.ch/>).

médicaments de prévention primaire qui sont prescrits par l'État, donnés systématiquement aux bien portants et le seul traitement imposé aux citoyens et citoyennes soit par la loi (obligatoire dans plusieurs pays) ou par des mesures coercitives (incitation marquée pour l'entrée à l'école ou à la garderie comme au Québec), qui implique, par un traitement médical dit invasif, l'introduction d'une biotechnologie dans le corps de nourrissons, d'enfants et d'adultes en bonne santé afin de le modifier de façon permanente. Les nouvelles générations de vaccin³⁶ 'ADN'³⁷ émergent et les premiers vaccins sans injection sont perfectionnés. Que nous réservent ces vaccins de plus en plus nombreux³⁸ (Ward, 2000) ?

Le propre de l'innovation, c'est qu'elle ne peut se subsumer dans des normes générales établies à l'avance. Elle définit donc un état d'exception, une suspension des normes traditionnelles régissant la santé, la propriété, les environnements, l'imputation des dommages et des responsabilités (...) Le point historique fondamental est que la technique a façonné sa régulation bien plus que l'inverse. La discussion sur la technique existe, mais elle n'intervient qu'après les premières plaintes ou les premiers accidents et donc après le fait accompli technique et après son assimilation à la raison d'État. (Fressoz, 2012 : 288-289)

³⁶ « Les vaccins sont des médicaments immunologiques qui consistent en des solutions contenant des virus, bactéries, parasites, fragments de microbes ou substances toxiques. L'objectif est de conduire à une réaction immunitaire [capable de le protéger contre l'infection naturelle ou d'en atténuer les conséquences] par une injection à faible dose de ces corps étrangers, sans provoquer la maladie concernée par le vaccin. Les défenses immunitaires de l'organisme sont ainsi stimulées, ce qui conduit à la fabrication de défenses contre les intrusions » (<http://ansm.sante.fr/Glossaire>). Certains (Saliou, 2010) appellent le vaccin une chimioprévention ou une immunoprévention.

³⁷ Pour les vaccins ADN, il s'agit d'injecter des gènes conduisant l'organisme à produire lui-même les molécules immunisantes comme pour les vaccins Hépatite B et anti-VPH. Mais il peut y avoir contamination (Georget, 2009, 2014; Saltzman *et al.*, 2006). En 2011, le Gardasil aurait possiblement été contaminé avec de l'ADN du VPH recombinant dans tous les lots de vaccins commercialisés aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Bulgarie, en Espagne, en Inde, en France, en Russie et en Pologne (Cummins, 2012; Hang Lee, 2012).

³⁸ Par exemple, contre la diarrhée des voyageurs (Sanofi Pasteur, 2010), contre le diabète de type 1 (Dayan, 2005), contre l'addiction à la cocaïne (Kinsey *et al.*, 2010) ou contre l'addiction à la nicotine (Hoogsteder *et al.*, 2012; Rosenberg, 2012). Depuis 1998 un vaccin contre la varicelle est donné. Les nano-sciences participent à ces techniques et de nouvelles combinaisons de vaccins sont constamment créées. Cette perspective englobe des vaccins qualifiés de « vaccins contre la pauvreté » – cibler les maladies mortelles associées à la mauvaise santé (Obaro et Palmer, 2003) et les vaccins contre l'excès – les maladies liées aux excès de la surconsommation des pays du nord, par exemple, contre l'obésité (Fulurija *et al.*, 2008; Haffer, 2012). On parle aussi d'un vaccin contre la dépression (Sender, 2016).

Le terme « vaccinologie » intègre et légitime les intérêts communs des fabricants de vaccins et représente la science de l'industrie du vaccin. « Les limites de la vaccinologie, telle que définie actuellement, montrent également l'exclusion de la recherche et des perspectives qui ne sont évidemment pas consonantes avec les intérêts industriels actuels (...) La vaccinologie est non seulement un espace de travail scientifique, mais bien une légitimation symbolique de la puissance industrielle » (Blume et Geesink, 2000 : 69-70 *tr. lib*).

La *dimension politique* du vaccin rejoint différents thèmes comme la gouvernance et l'organisation des soins de santé, mais aussi les notions de biopouvoir, de gouvernementalité de la vie et de normalisation, liées à la façon dont l'institution médicale et les technologies de la santé en sont arrivées à faire partie d'un plus large contrôle social (Dodier, 2010; Foucault, 1997; 2004 ; Lupton, 2003; Williams et Calnan, 1996). Si le biopouvoir représente les « techniques diverses et nombreuses pour obtenir l'assujettissement des corps et le contrôle des populations » (Foucault, 1976 : 572), ainsi que l'ensemble des mécanismes par lesquels les caractéristiques biologiques de l'espèce humaine sont devenues l'objet d'une stratégie politique (Foucault, 2004), la vaccination en est une représentation. Elle est le fer de lance de la médecine moderne et sa normalisation, c'est-à-dire les pratiques médicales et disciplinaires qui impliquent la mise en place d'un modèle prescriptif en tant que norme à laquelle les gens doivent se conformer (*Ibid*, 2004 ; Engels, 2016). Elle représente aussi les intérêts de la profession médicale quant à sa réputation (Martin, 2011). L'introduction du vaccin, qui a été sanctionné par les États et administré par les PDLs, a marqué la première intervention sur la population d'une action médicale à grande échelle qui avait son origine dans une découverte scientifique récente. Ainsi, la vaccination contre la variole est apparue comme la première étape dans la médicalisation du grand public (Fayley *et al.*, 1987; Huerkamp, 1985) et le vaccin est devenu le premier médicament dans la médicalisation du cycle de vie des hommes et des femmes contemporains en santé (Sussman, 1977).

La « technologie-comme-politique » se produit lorsque l'introduction d'un dispositif technologique particulier (ou système) devient un moyen de régler un problème dans une communauté ou lorsque les technologies nécessitent des types particuliers de relations politiques et sociales (Timmermans et Berg, 2003 : 100). Au Québec comme ailleurs dans le monde, « des comités consultatifs d'experts conseillent et orientent les décideurs gouvernementaux dans le choix de nouveaux médicaments, de vaccins à utiliser » (Cloutier *et al.*, 2016 : 1). Mais ces experts, comme le notent ces auteurs-res, reçoivent des appuis de plus en plus importants d'entreprises privées, lesquelles financent leurs recherches et leur diffusion³⁹. Selon Graham (2016 : 1), « les efforts multilatéraux pour collaborer à la vaccination comme un bien de santé publique, capture de façon ambiguë les intérêts des gouvernements du monde entier ainsi que des secteurs privé, public et des institutions sans but lucratif. [Ils] travaillent maintenant en partenariats public-privé pour développer et fabriquer des vaccins (...) en tant qu'unique solution pour la santé mondiale ». Selon cette auteure, la réussite technologique ancrée dans une rhétorique capitaliste collaborative déguise les systèmes de soins de santé négligés. En effet, s'il est vrai que la vaccination protège de certaines maladies mortelles, elle ne réussit pas à régler d'autres problèmes liés à la pauvreté, la malnutrition, l'exploitation, le manque d'éducation ou les inégalités entre les hommes et les femmes. Selon Martin (2011 : 18 *tr. lib*), « la vaccination est un type de 'solution médicale' [*medical fix*] qui traite la maladie sans avoir à lutter contre les sources socio-structurelles des problèmes de santé. Les compagnies pharmaceutiques et les médecins sont orientés vers la prévention et le traitement des maladies chez les individus et ont largement évité de faire face aux déterminants sociaux de la maladie. En un sens, le fait de préconiser la vaccination et d'attaquer ses détracteurs sert à détourner l'attention de la causalité sociale de la maladie ».

Certains facteurs contribuent à la *dimension économique* du vaccin (un marché en

³⁹ La Conférence canadienne sur l'immunisation (CCI) de 2016 était commanditée par Merck, Novartis, PfizerVaccins, SanofiPasteur, Astra Zeneca, GSK. (<http://cic-cci.ca/fr/>)

pleine expansion⁴⁰), dont le phénomène de la médicalisation (Conrad, 2007; Clarke *et al.*, 2003; Yaya, 2009). D'après Champeaux (1996 : 465), « les caractéristiques de l'offre et de la demande, et des mécanismes de fixation des prix du vaccin en font un produit tout à fait à part au sein de la production de l'industrie pharmaceutique. Son caractère préventif, son application de masse dans le cadre d'un programme national de santé, qui accorde une protection collective (...), font qu'il est en partie assimilable à un bien public ».

Selon Grosjean (2010) certaines vaccinations sont discutables et présentent des conflits d'intérêts importants. Par exemple, aucune étude épidémiologique de grande ampleur n'a démontré l'impact de la vaccination contre la grippe saisonnière sur la mortalité (Jefferson *et al.*, 2010, 2012; Jefferson et Lasserson, 2013; Groll et Thompson, 2006). Ces vaccins sont utilisés contre des souches qui mutent sans cesse au bénéfice de l'industrie pharmaceutique. De plus, le vaccin anti-HPV a été mis sur le marché et est remboursé chez nous grâce à un lobbying intensif, malgré son prix exorbitant et les doutes sur son efficacité et son innocuité (Brinthe, 2015b; Jefferson et Jorgensen, 2016; Lippman, 2007; Rail *et al.*, 2015; Tomljenovic et Shaw, 2011b). En France, la pénurie du DTP sans adjuvant et en Angleterre, la controverse sur le vaccin ROR ont permis d'apprendre qu'obtenir des vaccins monovalents pour son enfant est de plus en plus difficile car l'industrie contrôle la production des vaccins à valence multiple (vaccins combinés) (Joyeux, 2016; Moulin, 2003).

⁴⁰ Le marché mondial du vaccin a progressé de 24 % entre 2011 et 2014 avec les vaccins génétiques ou thérapeutiques visant le cancer, le diabète, l'obésité, l'HTA, etc. Les ventes mondiales de vaccins sont passées de 26 milliards de dollars en 2011 à 32,3 milliards de dollars en 2014 et devraient avoisiner les 80 milliards de dollars en 2025 (Science et Avenir, 2016). Il représente un pôle économique considérable que se partagent plusieurs fournisseurs mondiaux comme Novartis, Merck & Co, Wyeth, GlaxoSmithKline, Pfizer, Sanofi Pasteur (Mérieux-Pasteur Connaught), AstraZeneca (Cristofari, 2007).

Baker (2003) rappelle que les taux de vaccination ROR n'ont pas baissé davantage suite à l'affaire Wakefield, car les dirigeants britanniques ont été très inventifs en développant d'autres approches (telles que des incitations pécuniaires aux fournisseurs) permettant de maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale. Les médecins généralistes britanniques sont payés depuis les années 1990 pour atteindre des objectifs de vaccination (Blume, 2006). Aujourd'hui, des incitatifs financiers sont aussi utilisés pour augmenter l'adhésion au vaccin contre le VPH (virus du papillome humain) autant chez les vaccinateurs que chez les patients (Mantzari *et al.*, 2012; Tandy, 2008).

Enfin, l'exemple du développement de MenAfriVac (un vaccin contre une forme de méningite), montre que les ressources financées par l'État ont été consenties conformément à une idéologie selon laquelle les vaccins représentent la seule solution tout en ayant la primauté sur les systèmes de santé qui eux, doivent être développés par le secteur privé (Graham, 2016 : 7). Cette influence évidente de l'industrie (que l'on retrouve aussi liée au philanthropisme pharmaceutique à travers le partenariat public-privé cautionné par GAVI⁴¹ dont le but est une immunisation mondiale), est aussi nourrie par le discours officiel sur la vaccination.

Toutes ces dimensions du vaccin nous permettent de mieux saisir les multiples efforts mis de l'avant pour assurer le projet politique d'éradication des MI en misant sur des couvertures vaccinales maximales et en développant des stratégies pour contrer l'hésitation à l'égard des vaccins.

⁴¹ GAVI Alliance (l'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation) est un partenariat des secteurs public et privé sur les questions d'immunisation dont le but est d'accélérer les progrès dans le domaine de la vaccination. Cette organisation rassemble, entre autres, l'expertise technique de l'OMS, le pouvoir de marché de l'UNICEF (puissance d'achat des vaccins) ainsi que l'expertise de la Banque mondiale, celle en matière de R&D des fabricants de vaccins et la puissance financière de grands donateurs étatiques et privés telle que la Fondation Bill-et-Melinda-Gates (OMS, 2016).

1.2 DEUXIÈME PARTIE

Une menace appréhendée : la baisse de couverture vaccinale

Dans la majorité des pays, il y a eu des efforts croissants pour vacciner l'ensemble de la population par le biais de programmes de promotion de la vaccination (Albonico et Hirte, 2005; Dew, 1999; Duclos et Okwo-Bele, 2007), mais avec une réponse différente d'un pays à l'autre. Par exemple, il y a eu une baisse de la couverture vaccinale pour le ROR dans les pays où il y a eu le plus de critiques (Ramsay *et al.*, 2002; Wright et Polack, 2005), mais malgré ce débat et la publicité négative sur ce vaccin suite à la publication des recherches de Wakefield en 1998, cette baisse (d'environ 7 % sur 6 ans) s'est corrigée dès 2005 (GOV.UK, 2013). Il est également observé qu'une légère diminution a lieu périodiquement dans la couverture vaccinale pour certains vaccins infantiles (Gangarosa *et al.*, 1998), mais jamais de façon significative pour menacer l'immunité de groupe. Si l'OMS et l'UNICEF proposaient une cible de taux de couverture vaccinale de 90 % (Egan *et al.*, 1994), elle a maintenant augmenté à 95 % pour certains vaccins.

L'OMS estime en moyenne à 91 % la couverture vaccinale pour les principales maladies infantiles (DCT, Polio, ROR, HepB et Hib) dans les Amériques (OMS, 2016b). Le Québec a un des meilleurs taux de couverture vaccinale au monde⁴². En 2014, la couverture vaccinale des enfants québécois de 15 mois se situait à 91 % si on exclut seulement le nouveau vaccin contre le rotavirus et à 85 % pour les 24 mois. C'est 97 % des enfants de la cohorte 1 an qui avaient reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'*Haemophilus influenza* b (DCaT-P-Hib) avant 15 mois (Boulianne *et al.*, 2015). Selon le Ministère

⁴² Par exemple, selon l'INSPQ (Boulianne *et al.*, 2015 : 1) « C'est respectivement 90 % et 86 % des enfants de la cohorte 1 an et 2 ans qui ont reçu leur 1^{er} vaccin dans le délai de 2 semaines de l'âge recommandé. Ce délai correspond aux ententes de gestion du MSSS. Il s'agit d'une amélioration de 5 et 8 % respectivement par rapport à 2012 ». Aussi, en 2011, la couverture spécifique contre la rougeole (1 dose) « grimpait à 95,2 % dans l'enquête canadienne, se rapprochant du résultat de l'enquête québécoise de 2012, où elle était de 95,8 % » (*Ibid*, 2015 : 60).

de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010 : 17), « au terme de la campagne de vaccination de masse de l'automne 2009, 56 % de la population québécoise est vaccinée contre la grippe A H1N1 »⁴³, ce qui est plus élevé que le reste du Canada (45 %), les États-Unis (20 %), la France (8 %), et le Royaume-Uni (7 %) (Méthot, 2011). De plus, neuf élèves sur dix de la quatrième année du primaire étaient vaccinés contre l'hépatite B en 2008-2009. En quatrième année du primaire et troisième année du secondaire, quatre filles sur cinq ont été vaccinées contre le VPH en 2008-2009 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010), et ce, en dépit des nombreuses mises en garde sur ce dernier⁴⁴. Tandis qu'en 2015, « la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin demeure très faible et se situe à près de 1 % » (Boulianne *et al.*, 2015 : 3).

Malgré ces données sur les couvertures vaccinales et le degré d'observance qui semblent démontrer que, chez nous, il y a peu de réticence à la vaccination dans la population, la SP craint le phénomène de l'hésitation à la vaccination et désire « redoubler d'efforts pour s'assurer de maintenir les couvertures vaccinales à un niveau optimal » (Boulianne *et al.*, 2015 : 61).

⁴³ « Selon la médecin hygiéniste en chef en Ontario, Arlene King, le taux de mortalité par A H1N1 fut de 0,98 décès par 100 000 de population en Ontario et de 1,38 pour le Québec, alors que 38 % des ontariens furent vaccinés par rapport à 56 % des québécois. Autrement dit, 40 % plus de décès au Québec associés à 50 % plus de vaccinés! » (Biron, 2016, annexe Vaccins et Société).

⁴⁴ Il y a eu une sérieuse remise en question en 2007, lors du lancement de la campagne canadienne de vaccination contre le VPH (vaccin Gardasil) par différents groupes, experts et expertes (par exemple, Lippman (2007), le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), le Réseau canadien sur la santé des femmes (RCSF), le Conseil du statut de la femme (CSF), le Groupe médical de réflexion sur les vaccins ou la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)). On a aussi, depuis, dénombré, dans les médias, de nombreux cas d'effets secondaires et certains décès liés au Gardasil. Ce vaccin maintenant approuvé par Santé Canada pour les femmes jusqu'à l'âge de 45 ans (CNW, 2011), est paradoxalement sur la liste des médicaments faisant l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l'Afssaps). Voir aussi Tomljenovic et Shaw (2011b) sur le fait que le programme de vaccination contre le VPH ait une couverture mondiale malgré les données probantes sur les risques sur la santé des femmes. On peut aussi consulter le site de VigAccess (Upsala Monitoring Center) pour accéder aux données mondiales sur les MAPI du vaccin anti-VPH (<http://www.vigiaccess.org>).

1.2.1 Le projet politique du XX^{ème} siècle : l'éradication des maladies infectieuses

Les épidémies et pandémies ne sont pas nouvelles et les écrits abondent d'exemples (Brown, 2015; Moulin, 2004). C'est la théorie microbienne de la fin du XIX^{ème} siècle (bacille de Koch) qui a nourri l'illusion de la médecine moderne de pouvoir triompher sur toutes les maladies. Pourtant, la lutte contre la tuberculose ou le paludisme, démontre la difficulté et le risque de l'entreprise (Moulin, 2004). Pour le paludisme, l'utilisation délétère du DDT en 1947 est éloquent (Carson, 1962). L'histoire de la lutte contre la polio ou la variole n'est pas sans rebondissements mais leur médiatisation a permis l'avancement de beaucoup de fonds de l'OMS qui s'est engagée à l'éradication des MI (dès 1947 pour la variole), un projet compris dans la vaste entreprise de mondialisation (Moulin, 2004). D'ailleurs, l'INSPQ affirme que «les programmes de vaccination (...) sont crédités à l'élimination de la poliomyélite dans les Amériques et l'éradication mondiale de la variole» (Dubé *et al.*, 2013d : 1763). L'OMS débutait en 1974 son Programme élargi de vaccinations (PEV). Consolidé en 1978 (politique de soins de santé primaire, Déclaration d'Alma-Ata), ce programme a permis de cautionner l'importance du rôle et de l'autorité des États sur la question de la vaccination (Duclos et Okwo-Bele, 2007). D'ailleurs, comme le souligne Moulin (2003 : 568), « en ce qui concerne l'impact démographique de la vaccination, l'histoire de l'éradication de la variole, où le vaccin a joué un rôle incontestablement majeur, a fourni un modèle, un *golden standard*, un étalon à l'aune duquel on a tendu à mesurer l'effet de tous les programmes vaccinaux ». Ce modèle offre une puissante représentation qui encourage les efforts visant à recréer ce succès dans d'autres domaines. Le programme d'éradication de la variole a été présenté comme un triomphe de la médecine et de la technique moderne et on peut suggérer que l'espoir d'imiter cette réalisation, c'est-à-dire effacer les maladies mortelles de la surface de la terre, semble justifier l'établissement d'objectifs qui ne permettent aucune dissension (Dew, 1999).

1.2.1.1 Les incertitudes du projet d'éradication

Pourtant au final, il apparaît clairement que l'éradication de la variole était après coup plus aléatoire ou plus chanceuse que ce qui est présenté (Moulin, 2004). La même chose peut être dite pour la saga de la polio en 1958 (Jack, 1989). Et rien n'est moins sûr à propos du nouveau paysage épidémique qui surgit autant dans les pays pauvres que dans les pays riches. La contamination du vaccin antipoliomyélitique avec un virus dans les années 1960 (Georget, 2003) ou les récents cas de polio (Dornberg, 2013; ECDC, 2013; Schubert *et al.*, 2016; WHO, 2010) par infection de Poliovirus dérivé du vaccin même (voir C.6), nous amènent à nous poser des questions. Est-ce la diminution de certaines maladies comme la coqueluche, la rougeole ou la varicelle qui nous rend vulnérables à d'autres maladies ? Les scientifiques remarquent que la dengue est plus fréquente et plus sévère là où la fièvre jaune a diminué depuis la vaccination (Moulin, 2010b). La perte d'efficacité de certains vaccins comme celui de la coqueluche, qu'on attribue aux mutations des souches sauvages, peut-elle être plutôt liée à la perte de l'immunité naturelle obtenue depuis des générations par la cohabitation des individus, créant ainsi une susceptibilité prédisposant à des retours d'épidémies d'un type différent ? Selon Girard (2014 : 14), « la résurgence de la rougeole naguère maîtrisée est impossible à attribuer à autre chose qu'au bouleversement écologique lié à une stratégie vaccinale qui ne cesse d'en multiplier les éléments ». Certains s'inquiètent de la manière dont l'OMS et l'UNICEF ont imposé des programmes aux pays et du fait qu'une telle imposition ait été acceptée avec enthousiasme par les gouvernements, malgré le caractère limité de certaines preuves scientifiques (Banerji, 1990).

D'ailleurs, il y a une variation dans la façon d'instituer les programmes de vaccination aux enfants : « Les éléments clés de toute politique de vaccination infantile incluent les décisions sur les vaccins à recommander, l'âge et la façon de mettre en œuvre ces politiques » (Doshi et Akabayashi, 2010 : 283 tr. lib). Par

exemple, le Japon se distingue des autres pays industrialisés en ce que la loi (législation générale appelée la *Preventive Vaccination Law*) ne couvre pas la vaccination pour la prévention de toutes les maladies infectieuses, mais seulement une liste de maladies sélectionnées. La charge du calendrier vaccinal représente à peine plus de la moitié des doses et des vaccins retrouvés dans la liste des maladies couvertes dans les pays industrialisés (9 contre 15 ou 16 jusqu'à l'adolescence) (C.3). Le Japon dispose, pour sa politique de vaccination, d'un système entièrement volontaire qui permet pourtant d'atteindre des taux élevés de vaccination. Selon les recommandations du gouvernement japonais, les premières vaccinations ne sont pas données avant l'âge de 3 mois. Le processus par lequel les MI sont incluses ou exclues de la loi semble venir d'une évaluation du risque de la maladie par rapport aux avantages et au coût monétaire, ainsi qu'aux risques politiques, associés à la disponibilité des vaccins approuvés. Le gouvernement japonais est sensible aux politiques de santé publique qui peuvent être impopulaires. Les controverses sur les MAPI ont marqué l'histoire du Japon. Ce pays est reconnu pour avoir une approche plus prudente face à la vaccination et les problèmes de sûreté des vaccins sont considérés comme une violation de la confiance du public envers les autorités sanitaires (Doshi et Akabayashi, 2010). Récemment, le ministère de la santé du Japon a retiré la recommandation sur le vaccin contre le VPH (Mulcahy, 2013; Silverman, 2013).

Néanmoins, la doctrine de l'éradication par la vaccination des maladies infectieuses et maintenant des maladies chroniques (Pardigon et Laouini, 1999), inflammatoires, autoimmunes (Sela, 1999) et bientôt dégénératives par la vaccination (Schwartz, 1999) persiste et « s'est intégrée à la culture de santé publique » (Moulin, 2004 : 208) dans la majorité des pays industrialisés. Il semble difficile d'éviter l'appel politique exercé par l'idéologie de la « vaccination universelle » pour tous et du droit à la santé lancée par l'OMS. Ce type de production de savoir a permis d'influencer la prolifération de ce que certains appellent aujourd'hui, une « épidémie de vaccination »

(*vaccine epidemic*) (Habakus et Holland, 2011). L'idéologie du risque participe ainsi à la construction et « à la mise en marché d'un ensemble de connaissances théoriques et techniques considérées comme les seules légitimes » (Beauregard et De Konick, 1991 : 5) par la SP et la profession médicale.

Mais la systématisation de la vaccination, son organisation en un système, suscite bien des dénonciations (Kotobi, 1996), ce qui révèle les enjeux politiques, sociaux et économiques de cet acte médical. Car l'acte vaccinal est reçu de façons différentes selon les moments de l'histoire, les circonstances et les populations ciblées. Certaines personnes comme des PDLS sont marquées par une mauvaise expérience vaccinale tandis que d'autres, peu importe les conséquences, restent convaincues de ses mérites.

Aujourd'hui, bien que le concept d'acceptabilité soit désormais politiquement correct, mettant en valeur le versant positif de la résistance, la plupart des colloques sur les vaccins font encore souvent l'impasse sur le sujet et font peu de place aux associations ou aux spécialistes des sciences sociales. C'est que la résistance est bien souvent encore vécue comme une réaction secondaire qui complique la tâche des firmes pharmaceutiques et des agences étatiques ou internationales, un obstacle à contourner plus qu'à comprendre, témoignant d'une certaine hésitation à écouter les 'leçons de l'histoire'. (Moulin, 2003 : 566)

Au Canada, les programmes de vaccination financés par l'État sont de responsabilité provinciale et territoriale. Au Québec, au cours des 20 dernières années, beaucoup d'efforts ont été consacrés entre autres pour optimiser l'acceptabilité des programmes destinés aux enfants. Selon l'INSPQ (2009 : *iii*), puisque la vaccination n'est pas obligatoire, « le succès des programmes d'immunisation repose donc sur la confiance de la population et des professionnels de la santé ». Chez nous, un registre de vaccination est en voie d'être implanté. « Depuis 2006, en plus d'estimer la couverture vaccinale chez les enfants de 1 an et 2 ans, les enquêtes sur la couverture vaccinale provinciale visent à connaître les croyances et déterminants à l'égard de la couverture vaccinale, permettant d'en suivre les tendances dans le temps. En 2014, le

questionnaire de l'enquête intégrait de nouvelles questions visant à mieux comprendre l'émergence du phénomène d'hésitation à la vaccination » (Boulianne *et al.*, 2015 : 5). Selon l'OMS, ce phénomène maintenant reconnu représente une menace dans les pays développés et demande qu'on s'y intéresse sans délai.

1.2.2 De la résistance à la vaccination à l'hésitation

D'après un récent sondage pancanadien (EKOS Research associates, 2011), la moitié des parents (échantillon n=1745) craignaient que les nouveaux vaccins ne soient pas aussi sûrs que les vaccins plus anciens et un tiers ont estimé qu'aujourd'hui, les enfants reçoivent trop de vaccins même si neuf sur dix de ces parents ont indiqué que la vaccination de leur enfant était à jour. Au Québec, plus de 90 % des parents d'enfants d'âge scolaire jugeaient les vaccins comme sécuritaires et utiles. Toutefois, plus de 40 % des parents affirmaient aussi que les enfants reçoivent trop de vaccins actuellement (Dubé *et al.*, 2013). En novembre 2009, la revue *Le Médecin du Québec* (44, (11)) publiait un article intitulé « L'entretien motivationnel, un vaccin contre la résistance du patient ? » présentant des stratégies visant à faire changer d'avis le patient résistant à la vaccination. John Carsley, directeur des maladies infectieuses au département de Santé Publique de Montréal soutient « qu'il ne devrait pas y avoir de controverse à propos de la vaccination » (Pinker, 1999).

En effet, même les études en sciences sociales sur la question de la vaccination ont surtout fait la promotion d'une adhésion accrue aux vaccins, ayant au centre de leurs préoccupations les moyens d'améliorer l'acceptation de la vaccination, la fourniture des vaccins et la réduction des coûts (Dew, 1999). Cet univers normatif est constitué de règles de discipline et d'obéissance dictées par la SP ou le corps médical. Aux États-Unis, de plus en plus de médecins (jusqu'à 21 % des pédiatres dans certains États) refusent de traiter les familles qui sont réticentes à faire vacciner leurs enfants

(Caplan, 2012; Flanagan-Klygis *et al.*, 2005; Leib *et al.*, 2011; O'Leary *et al.*, 2015; Wang, 2012). Il y aurait de plus en plus de parents hésitants (Hough-Telford *et al.*, 2016) et le-la non vacciné-ée serait dorénavant un-e déviant-e qui représente un danger pour la communauté (Rogers et Pilgrim, 1995).

1.2.2.1 Les raisons de la résistance à la vaccination

La résistance à la vaccination, un terme remplacé récemment par « hésitation », qu'elle soit individuelle ou collective, a plusieurs origines. Elle a été souvent étudiée chez les parents (plus précisément chez les mères, par exemple Benin *et al.*, 2006; Burton-Jeangros *et al.*, 2005; Conis, 2013; Dubé, *et al.*, 2016). Bien qu'on souligne souvent l'influence de la religion comme une des raisons de la réticence à la vaccination (Laberge *et al.*, 2011), les mobiles les plus courants mis de l'avant pour l'expliquer sont *l'ignorance*, ce qui a été appelé aussi le « modèle de déficit » de connaissances (Leach et Fairhead, 2007). Cette raison communément invoquée suppose que les gens, dont des PDLS (aussi des mères), méconnaissent la science impliquée dans la vaccination et ont une perception erronée des risques supposés (André, 2003; Boulianne *et al.*, 2003; Downs *et al.*, 2008; Kennedy *et al.*, 2005; Leach et Fairhead, 2007; Whyte *et al.*, 2011) ou ont de « fausses croyances » (Dubé *et al.*, 2011), ce qui nécessite une intervention de la part des autorités.

Une autre raison évoquée est *l'expérience personnelle* qui est une position critique face à la vaccination façonnée par l'observation et l'expérience des vaccinations, la préoccupation sur l'innocuité des vaccins, la méfiance face à la science (Guay *et al.*, 2009; Moran, 2004), une conception alternative de l'immunité (Martin-Lagardette, 2007) et l'importance pour certains parents du contrôle individuel de la santé de leur famille (Burton-Jeangros *et al.*, 2005), de leur relation à l'expertise médicale et à l'éthique (ou le devoir) et de la citoyenneté (Blume, 2006; Das *et al.*, 2000; Dew,

1999; Kaufman, 2010; Poltorak *et al.*, 2005). Il semble que les mères qui résistent à la vaccination ou veulent choisir les vaccins de leur enfant ressentent souvent le besoin d'avoir un appui dans leur décision afin de faire face au « statut de déviante » que cette décision semble apporter avec elle (Krijnen, 2004; Rogers et Pilgrim, 1995).

Mais ce sont *les préoccupations autour du risque des effets secondaires* (les MAPI) qui sont toutefois les éléments les plus répandus comme raison de résistance. Ceci s'accompagne d'une méfiance envers ceux qui préconisent les vaccins, les inquiétudes concernant la sécurité de certains vaccins en particulier, ou la crainte d'une surcharge du système immunitaire de l'enfant avec les vaccins multiples du calendrier (Boulianne *et al.*, 2013; Hilton *et al.*, 2006; Martin-Lagardette, 2007; Moran *et al.*, 2005). Ce qu'il faut retenir c'est que la majorité des gens qui refusent ou critiquent aujourd'hui la vaccination ne sont pas opposés moralement aux vaccins, ils en ont peur (Berlinger, 2008; Mills *et al.*, 2005). L'INSPQ reconnaît que si « au Québec, cinq nouveaux vaccins ont été introduits au calendrier de vaccination de l'enfant au cours des dix dernières années (contre le pneumocoque et l'influenza en 2004, la varicelle en 2006, le rotavirus en 2011 et l'hépatite B en 2013) (...) l'arrivée de nouveaux vaccins et les modifications apportées au calendrier de vaccination de l'enfant peuvent mener à l'accroissement des préoccupations des parents à l'égard des vaccins concernés » (Boulianne *et al.*, 2015 : 5).

Si certaines études (Gust *et al.*, 2004; Strobino *et al.*, 1996; Taylor et Cufley, 1996) indiquent que ce sont parfois davantage les caractéristiques socio-démographiques ou un faible niveau socio-économique qui sont liés au statut vaccinal, il s'agit plus souvent dans ces cas d'un retard dans le calendrier vaccinal dû à l'accès aux soins de santé et à l'exigence des horaires de rendez-vous. En effet, loin d'être synonyme d'ignorance, la réticence face aux vaccinations est au contraire plus répandue dans les catégories socioprofessionnelles élevées (Burton-Jeangros *et al.*, 2005; Cassell *et al.*, 2006; Hak *et al.*, 2005; Masserey *et al.*, 1998) comme c'est le cas chez les PDLs. On

peut donc la décrire comme un choix motivé accompagné d'un grand sens des responsabilités dans le domaine de la santé.

De plus, il est commun d'associer la résistance aux vaccinations à des mouvements religieux, à la pluralité médicale (l'existence d'une diversité d'approches) et à l'usage des médecines non conventionnelles (Dubé *et al.*, 2013d; Guay *et al.*, 2009; Rochette, 1998; Wolfe et Sharp, 2002), principalement l'homéopathie (Ernst, 2002; Schmidt et Ernst, 2003). Or, si on examine les écrits, au XIX^{ème} siècle, il n'y avait pas de consensus sur la vaccination chez ces PDL⁴⁵ (Wolff, 1996). Aujourd'hui, des études européennes portant spécifiquement sur la position des médecins homéopathes sur la vaccination (Frank, 2002; Lehrke *et al.*, 2001; Schmidt *et al.*, 2010) ont démontré que ces derniers ne refusent généralement pas les vaccins, mais plutôt les considèrent avec une hiérarchie spécifique et les appliquent plus individuellement (Choffat, 2001).

En examinant les recherches récentes sur les différents groupes « favorables au libre choix » ou critiques de la vaccination⁴⁶ (qu'on appelle antivaccinaliste), il semble que les raisonnements opposés des deux partis se répètent dans l'histoire et que les sites internet sur le sujet soutiennent les mêmes arguments qu'à l'époque victorienne : une inquiétude sur l'innocuité des vaccins, les droits des citoyens-nes à la liberté individuelle, une perception différente du risque et un point de vue alternatif sur la santé et l'efficacité des MNC face aux MI (Blume, 2006; Wolfe et Sharp, 2002; Wolfe *et al.*, 2002; Wolff, 1996). On peut ajouter aujourd'hui à cette liste de

⁴⁵ Il faut noter que le fondateur de la médecine homéopathique, Samuel Hahnemann, était favorable à l'innoculation contre la variole et considérait la vaccine comme un important moyen de prévention parce qu'elle répondait aux principes de l'homéopathie (Fournier, 2011 : 674). Voir aussi Hahnemann, 1824; Coulter 1982; Adler, 1996. Les journaux de l'époque publiaient les opinions personnelles des homéopathes sur le sujet de la vaccination. *The American Homœopathist* publié dès 1877, devenu en 1902, *American Physician*, en est un bon exemple (<http://www.archive.org/stream/>).

⁴⁶ Par exemple, en France, la Ligue nationale française pour la liberté des vaccinations (LNPLV), l'Association Liberté Information Santé (ALIS), le Réseau Vaccin Hépatite B (REVAHB); dans l'Union européenne, le Forum européen de vaccino-vigilance; aux États-Unis, le Vaccination News et Whale; au Canada, le Vaccination Risk Awareness Network (VRAN); en Australie, le *Australian Vaccination Network*, en Suisse, le Groupe médical de réflexion sur les vaccins.

critiques, celle selon laquelle la vaccination de masse est perçue comme servant les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Mais il existe peu de preuves que les groupes contemporains adhèrent à une mobilisation de masse ou à une identité politique. Un mouvement social se reconnaît à la possibilité d'une action collective comme source de sanction sociale (Neveu, 2003), ce qui n'est pas le cas.

Le principal héritage des mouvements antivaccinalistes contre la variole au XIX^{ème} siècle (Durbach, 2000; Keelan, 2004), a été le rejet de la vaccination obligatoire. Aujourd'hui, les actions des différents groupes « favorables au libre choix » ou critiques de la vaccination comprennent la revendication de vaccins plus sûrs (vaccins acellulaires contre la coqueluche, par exemple), la surveillance des MAPI et le développement de programmes de compensation pour les accidents vaccinaux (Blume, 2006). Presque tous les pays du G8 ont un régime d'assurance publique du genre. Le Québec a un programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination sans égard à la faute depuis 1985⁴⁷.

Il y a depuis plusieurs années une augmentation du nombre de nouveaux vaccins disponibles sur le marché canadien. Il existe également une divergence croissante dans les programmes de vaccination provinciaux puisque les juridictions doivent choisir parmi les interventions de santé disponibles compte tenu de leur financement limité. Selon Erickson *et al.* (2005), au Canada, de nouveaux programmes d'immunisation sont souvent mis en œuvre avant que d'importantes questions scientifiques soient résolues. Aussi, plusieurs scientifiques et PDLS remettent en question l'idée que l'utilisation des vaccins est la seule façon d'éviter les maladies infantiles et constatent des conséquences biologiques inattendues ou indésirables des vaccinations et de l'élargissement de l'arsenal des vaccins (C.1; C.2).

⁴⁷ Voir le site du Portail Santé mieux-être du gouvernement du Québec :

<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-d-indemnisation-des-victimes-d-une-vaccination/>

Cependant, le sous-signalement des effets indésirables des médicaments, dont les vaccins, et l'influence importante de plus en plus décriée de l'industrie pharmaceutique sur les décisions de santé publique, sont deux facteurs plus rarement cités au sein du discours officiel, bien qu'ils soient présents dans les discours critiques sur la vaccination. C'est pour cette raison que nous les examinons ici plus en détails.

1.2.2.2 Le problème du sous-signalement des MAPI

Le problème du sous-signalement des MAPI est un réel enjeu pour l'évaluation de l'innocuité des vaccins et un argument majeur pour les critiques de la vaccination. Une étude récente (Golder *et al.*, 2016) a montré qu'une grande partie de l'information sur les effets indésirables des ECR des traitements médicaux reste impubliée et que le nombre, ainsi que l'éventail des effets indésirables, sont plus élevés dans les études non publiées que dans celles qui le sont. Pour ce qui est du signalement par les PDLS, Lopez-Gonzalez *et al.* (2009) ont estimé l'étendue de la sous-déclaration des effets indésirables des médicaments dans 12 pays à un taux médian de 94 %. « Les effets indésirables des médicaments - également connus comme effets secondaires, effets indésirables ou iatrogénie - sont une des principales causes de décès au Canada et aux États-Unis. (...) Environ 80 % de tous les effets indésirables des médicaments signalés à Santé Canada sont considérés comme graves » (Fuller, 2014 : 2). Aux États-Unis, on reconnaît qu'un faible pourcentage de PDLS font des déclarations d'effets secondaires de médicaments (de 1 à 20 % au mieux), alors que cette déclaration est en principe obligatoire (Cohen, 2001; Fuller, 2010; Hazell et Shakir, 2006; Light, 2010). Le Canada fait aussi d'ailleurs piètre figure en matière de signalement (Fuller, 2014; Hazell et Shakir, 2006; Pearson, 2013; Peterson, 2009; Rawson, 2015).

En 2003, Santé Canada a modifié les règles afin que les gens puissent signaler directement des MAPI plutôt que d'avoir à compter sur leurs médecins, pharmaciens ou même les fabricants pour signaler ces effets indésirables. Il semble que les consommateurs-trices soient maintenant plus actifs-ves que les médecins, qui contribuent à seulement 25 % des rapports d'effets indésirables des médicaments, ce pourcentage étant encore plus faible pour les pharmaciens (10,4 %). Dans l'ensemble, cependant, les taux de déclaration ne représentent pas plus de 1 à 5 % de tous les effets indésirables des médicaments (Fuller, 2014). On peut imaginer la fraction que représentent les signalements des vaccins. D'ailleurs, le guide canadien d'immunisation ne fait état que des « réactions précoces à la vaccination », surtout des réactions allergiques deux heures après la vaccination⁴⁸.

Dans certaines provinces du Canada, la déclaration des MAPI est obligatoire. Toutefois, en général, les déclarations sont faites sur une base volontaire par les vaccinateurs-trices et les autres PDLs (Agence de la Santé Publique du Canada, 2014). Au Canada et à l'OMS, il existe plusieurs programmes de surveillance liés à la vaccination. Ces programmes disent assurer, entre autres, la qualité des vaccins offerts⁴⁹. Au Québec, les interventions de santé publique en matière de manifestations cliniques inhabituelles de la vaccination (ou MAPI) sont réalisées dans le cadre du Programme de surveillance des effets secondaires (ESPRI) mis en place en 1990 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme « comprend l'ensemble des activités de surveillance et de protection nécessaires à la gestion des [MAPI] liées temporellement à la vaccination au Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015 : 3). Obligatoires depuis 2001, il est indiqué que « les [MAPI] qui doivent être déclarées aux autorités de santé publique sont celles qui

⁴⁸ Santé Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p02-03-fra.php>

⁴⁹ Un réseau appelé IMPACT (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation), comprend 12 hôpitaux pédiatriques à l'échelle du Canada représentant plus de 90 % de toutes les admissions de soins tertiaires pédiatriques au pays. À chaque centre IMPACT, une infirmière détermine les admissions à l'hôpital liées aux effets secondaires précis et établit aussi si ces effets suivent l'immunisation et doivent être signalés (Agence de la Santé Publique du Canada, 2015).

présentent un lien temporel avec un vaccin et celles qui ne sont pas attribuables à aucune autre cause » (Ministère de la santé et des Services sociaux, 2016)⁵⁰, ce qui limite les possibilités d'action puisque ces critères sont difficiles à prouver. D'ailleurs, le gouvernement du Canada indique dans sa remarque sur l'interprétation des MAPI que :

Les déclarations d'effets secondaires suivant l'immunisation soumises à l'Agence de la santé publique du Canada représentent un soupçon, une opinion ou une observation par le déclarant plutôt qu'une affirmation ou une preuve que le vaccin a pu causer l'événement. Pour la plupart des événements, il est difficile d'établir une relation de causalité précise. D'autres limites des données sur les déclarations d'effets secondaires suivant l'immunisation comprennent des normes de déclaration variées et la sous-déclaration, un manque de certitude quant à la validité du diagnostic d'un événement signalé, un manque de renseignements en ce qui concerne d'autres causes potentielles et d'autres biais de déclaration. Bref, ces renseignements ne doivent pas être utilisés pour estimer l'incidence des effets secondaires. (Gouvernement du Canada, 2015 : 2)

Le phénomène du (sous) signalement des MAPI fait l'objet de controverses dans les écrits. L'OMS affirme d'une part qu'« on assiste cependant à une augmentation des manifestations postvaccinales indésirables » (Ward, 2000 : 212), tout en suivant son projet d'éradication des MI à travers des programmes de vaccination de plus en plus nombreux (Barrett, 2004; Duclos et Okwo-Bele, 2007). Un des points de vue sur les MAPI concerne ce qu'on appelle la tolérance vaccinale (Scheifele, 2010; Soubeyard 2003). Certains proposent d'inclure les commentaires des sujets des essais cliniques à propos de leur expérience avec le produit car il semblerait paternaliste de porter un jugement au nom des participants-tes à l'étude, sans demander leur avis (Halperin *et al.*, 2003). D'autres déplorent le niveau d'exigence demandé aux vaccins en matière de tolérance qui se heurte à des difficultés d'évaluation de la réalité d'un lien de cause

⁵⁰ Voir : art. 69, paragr. 1, modifié par l'art. 157 du projet de loi no 59, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. <http://msss.gouv.qc.ca/professionnels/mci/index.php>

à effet entre vaccins et les MAPI. Pour certains, « mettre en doute la tolérance d'un vaccin à partir de manifestations post-vaccinales qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique de l'imputation de la causalité n'est pas responsable » (Soubeyrand, 2003 dans Bertrand et Torny, 2004 : 86) car cela entache la confiance du public sur la vaccination. On va même jusqu'à dire que la communauté médicale a un rôle clé à jouer pour minimiser ces risques, en améliorant la qualité de sa communication sur la tolérance et la valeur des vaccins au lieu d'encourager à signaler les effets indésirables de ces médicaments (Soubeyard, 2003).

Certains présentent des données en faveur d'une relation causale entre certains vaccins et des effets secondaires (Miller, 2016; Stratton *et al.*, 1994) et même une importante relation temporelle (Shoenfeld et Aron-Maor, 2000). Miller et Goldman (2011) ont comparé le nombre de doses de vaccins administrés dans 34 pays et leur taux de mortalité infantile constatant que cette dernière semble augmenter avec le nombre de vaccins reçus (voir Annexe D). Par contre, d'autres trouvent que les critères de preuve sont trop permissifs pour le lien de causalité et pour l'admission d'accusations de dommages vaccinaux (Offit, 2008). Dans de nombreux cas, les preuves de ces associations sont basées sur des rapports de cas et les observations de petites populations qui ne permettent pas d'établir la causalité (Smith, 2003). Mais en l'absence de reconnaissance des théories médicales sur les MAPI et compte tenu de la négation du lien temporel en dehors des jours établis dans les essais cliniques, il restera difficile d'avoir accès aux programmes de compensation (Keelan et Wilson, 2011). Notons que la durée des études de tolérance dans les essais est courte (par exemple, 4 jours avec Engerix – hépatite B; 15 jours pour Gardasil – anti-VPH). Plus généralement, la surveillance des manifestations cliniques postvaccinales par les fabricants lors des essais cliniques est effectuée jusqu'à 42 jours après la vaccination (Agence de la santé publique du Canada, 2014b).

Or, les vaccins sont réputés exercer leurs effets immunologiques sur plusieurs années, voire plusieurs décennies (Girard, 2014 : 6). En effet, il nous est actuellement impossible de prédire qui, parmi les personnes vaccinées, seront plus enclines à développer des effets indésirables autoimmuns, surtout quand les vaccins, de plus en plus nombreux, sont administrés chez de très jeunes sujets (Mascart *et al.*, 2007). Théoriquement, certains avancent que plus un vaccin est complexe, plus varié sera le tableau des antigènes et plus il sera à même de déclencher une réponse immunitaire qui pourra éventuellement se transformer en une réaction autoimmune (Classen, 2014; EFVV, 2005; Shoenfeld et Aron-Maor, 2000; Shoenfeld *et al.*, 2015; Tsumiyama *et al.*, 2009; Zafirir *et al.*, 2012). Selon Ward (2000 : 207-208) « une complication supplémentaire dans la surveillance des [MAPI] est susceptible d'être ajoutée dans la décennie à venir puisque les vaccins deviennent plus complexes (par exemple multivalents, conjugués, vectorisés) et également plus simples (à savoir des peptides, des protéines ou des polysaccharides individuels ou des cocktails de composants définis) », ce qui rendra le profil des MAPI pour un vaccin tout à fait différent selon les régions ou les individus.

Puisque la vaccination n'est presque jamais remise en doute, on constate que les déclarations d'effets secondaires sont encore plus rares, autant chez nous qu'en Europe et aux États-Unis. Une étude sur la vaccinovigilance en Europe (Lankinen *et al.*, 2004) montre que bien que « la notification des réactions postvaccinales indésirables est prévue par la réglementation de 13 des 17 pays étudiés », le formulaire de notification n'est pas conçu pour les vaccins, ce qui implique que « des détails importants risquent d'être omis. Il n'est pas prévu de définition clinique des réactions postvaccinales » (: 833). Dans une étude sur les déterminants du sous-signallement, Lopez-Gonzalez et ses collaborateurs-trices (2009) ont énuméré les facteurs qui lui sont associés, soit : l'ignorance à 95 % (seuls les effets indésirables graves doivent être déclarés); la timidité dans 72 % (peur de paraître ridicule quand on signale des effets indésirables simplement présumés); la léthargie dans 77 % (un

amalgame de procrastination, de manque d'intérêt ou de temps pour remplir un rapport); l'indifférence (ne pas considérer contribuer à la connaissance médicale) et l'insécurité dans 67 % (il est presque impossible de déterminer si oui ou non un médicament est responsable d'un effet indésirable particulier); et la complaisance dans 47 % (seuls des médicaments sûrs sont autorisés sur le marché). Si la surveillance de l'innocuité des vaccins se fait aussi à l'aide des MAPI, on peut conclure, à l'instar de Pearson (2013), que le sous-signallement général des médicaments met en évidence d'importantes lacunes du système vaccinal : en l'absence de suivi des personnes vaccinées sur un long cours, nous ne connaissons pas la réalité des dommages causés par la vaccination à long terme.

1.2.2.3 L'influence de l'industrie

Lexchin (2016) note que même si le gouvernement canadien est censé réglementer l'industrie pour répondre aux besoins de la SP, les vagues de déréglementation et certaines législations ont changé l'équilibre du pouvoir en faveur de ces entreprises. Certains affirment même qu'avec l'accord tacite de l'État, les intérêts commerciaux de l'industrie pharmaceutique influencent l'état des connaissances (Abraham et Ballinger, 2012). Santé Canada, qui approuve des milliers de médicaments d'ordonnance pour une utilisation dans tout le pays, « ne peut pas ordonner un rappel d'un médicament mais seulement 'négocier' avec les fabricants - un processus qui peut durer des mois ou des années. (...) Aussi, les fabricants de médicaments n'ont pas à informer Santé Canada (du problème) jusqu'à ce qu'ils aient pris la décision de le rappeler » (Zlomislic, 2013b : 1-3).

L'industrie pharmaceutique est autorisée à établir l'ordre du jour sur la façon dont, à court terme et à moindre coût, les médicaments, dont les vaccins, sont étudiés, validés et mis en marché (Komparic *et al.*, 2016; Lexchin, 2012b). En accord avec les

autorités de SP, l'industrie introduirait de nouveaux vaccins sans les faire suivre à long terme par des études prospectives (Albonico et Hirte, 2005)⁵¹. Elle a demandé au fil des années des délais d'examen plus courts avec moins de temps pour examiner en profondeur la preuve (Clarke, 2013; Lexchin, 2012; Moore et Furberg, 2013), ce qui aurait résulté en une augmentation des hospitalisations et des décès; « une épidémie (en partie cachée) des effets secondaires de médicaments qui ont généralement peu d'avantages compensatoires » (Light *et al.*, 2013 : 2 *tr. lib*). Ces auteurs-res considèrent que toutes les données relatives à la façon dont les médicaments et les vaccins affectent les gens « sont un bien public et que l'accès à ces données est un droit. Il faut donc donner une attention urgente autant à l'insuffisance des tests de sécurité préapprobation qu'au manque de surveillance postapprobation » (Light *et al.*, 2013 : 23).

Les lignes directrices de pratique clinique sont largement diffusées par les associations médicales et invoquées par les médecins comme étant les meilleures données cliniques disponibles. Les résultats de rapports internationaux rapportent que les conflits d'intérêts financiers avec des sociétés pharmaceutiques peuvent influencer les recommandations d'un médicament et sont communs parmi les auteurs-res des lignes directrices (Shnier *et al.*, 2016). Toute cette controverse autour de l'éthique et des conflits d'intérêts entre laboratoires, chercheurs, milieux académique et médical et l'État⁵² (Angell, 2005, 2009; Baril, 2011; Cosgrove *et al.*, 2016; Lundh *et al.*,

⁵¹ Par exemple, l'avis de décision de Santé Canada du 21 octobre 2009 nous apprenait que « le vaccin [antigrippal] AREPANRIX [était] encore au stade expérimental. Sur le site de l'Agence de santé publique du Canada (www.phac.aspc.gc.ca) nous apprenions que le vaccin AREPANRIX avait fait l'objet de seulement deux études cliniques (l'une de phase II et l'autre de phase III) impliquant un total de 255 sujets entre 18 et 60 ans pendant 21 jours. L'AREPANRIX est donc un médicament au stade de l'expérimentation. » (Ménard, JP. *et al.*, 2009). Mais il a toutefois obtenu l'autorisation d'être mis sur le marché à l'automne 2009 dans le contexte de la grippe A H1N1.

⁵² On peut noter chez nous, des chercheurs-res québécois-ses de l'INSPQ membres du CIQ travaillant sur l'implantation des programmes de vaccination contre le VPH ont été pointés du doigt pour avoir des liens financiers importants avec les fabricants du vaccin (Lacoursière et Noël, 2011; Lacoursière, 2011; Rail *et al.*, 2015). Nous pouvons questionner les conflits d'intérêts des auteurs-res de l'étude sur les sages-femmes (Dubé *et al.*, 2013b) ou sur le VPH (Brisson *et al.*, 2007). Notons aussi la

2010; Pasca, 2010; Rodwin, 2013; Shnier *et al.*, 2013; Stamatakis *et al.*, 2013) ou encore autour des rapports d'essais cliniques non publiés (Kimmelman *et al.*, 2015) sur les médicaments dont les vaccins ou tenus secrets⁵³ par les gouvernements (Barry, 2015; Borch-Jacobsen, 2014; Gotzsche, 2013; Trudo *et al.*, 2016; Vera-Badillo *et al.*, 2013; Zlomislic, 2013) alimentent les doutes sur la réelle tolérance et l'innocuité vaccinale. Certains ont analysé les multiples voies par lesquelles l'industrie a directement ou indirectement infiltré plus largement les systèmes de soins de santé (Stamatakis *et al.*, 2013). Toutes ces études financées par l'industrie influencent les structures de la SP qui sont à l'origine des décisions politiques sur les programmes vaccinaux. Comme pour tous les médicaments, il y a quelque chose d'alarmant au fait que ce soit les fabricants de vaccins qui cautionnent leur sécurité et leur efficacité, tout en ayant un contrôle sur la production des connaissances à leur sujet. Un fait troublant qui alimente le phénomène de l'hésitation à la vaccination et le discours hétérodoxe de PDLs, mais qui n'attire pas beaucoup l'attention de la SP préoccupée par la réticence qu'ont certains-nes, à appliquer les recommandations vaccinales.

1.2.3 « Diagnostiquer » le phénomène de l'hésitation

Le terme « résistance à la vaccination » a été, depuis quelques années, remplacé par celui d'« hésitation à la vaccination », (et parfois « réticence ») un concept émergent dans les écrits et le discours sur la prise de décision et les déterminants de l'acceptation de la vaccination (Dubé *et al.*, 2013d; Larson *et al.*, 2014). Fréquemment utilisé dans les milieux de santé universitaires et publics, il vise à

question du lien de l'industrie avec les facultés de médecine canadiennes (Shnier *et al.*, 2013) comme l'investissement de 4 M\$ de la compagnie Merck Canada dans chacune des quatre facultés de médecine pour soutenir entre autres la recherche dans le domaine des vaccins (Université de Montréal, 2013).

⁵³ Comme par exemple, au sujet du Vioxx, du Mediator (Beguín et Brisard, 2016), du Celebrex (Hadler, 2009), du Prozac de Eli Lilly et les tentatives de suicide et de la violence (Lenzer, 2004). Même chose pour certains vaccins : voir à ce sujet par exemple, Girard (2011) et Riva et Spinosa (2010). Soulignons l'ouvrage de Barry (2015) sur les données cachées de l'étude du CDC sur les liens possibles entre l'autisme et le ROR révélés par un membre du Congrès.

nuancer les perspectives selon lesquelles les attitudes et les comportements individuels sur la vaccination se résumeraient à une simple dichotomie d'acceptation ou de rejet. Au contraire, les individus hésitants à l'égard de la vaccination sont un groupe hétérogène et « l'hésitation représente un continuum de comportements allant de refus complet de tous les vaccins à une acceptation complète » (Dubé *et al.*, 2016b : 2). Ce domaine relativement nouveau est maintenant largement étudié (OMS, 2015; *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, 2014, 2014b). De nombreux-ses experts-tes estiment que la réussite des programmes de vaccination est menacée par les préoccupations croissantes au sein de la population et de PDLs en ce qui concerne la sécurité et l'utilité des vaccins (Black et Rappuoli, 2010; Dubé *et al.*, 2016; ECDC, 2015; MacDonald et Dubé, 2015) et ce, malgré le faible taux (moins de 5 %) de personnes ayant des convictions antivaccination. Selon Leask *et al.* (2012), une proportion plus importante de la population pourrait être classée comme étant hésitante en ce qui concerne la vaccination.

Tous les efforts sont maintenant mis de l'avant pour remédier à la réticence aux vaccins, un phénomène défini ainsi par l'OMS : « Par hésitation à l'égard des vaccins, on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il inclut certains facteurs comme la sous-estimation du danger, la commodité et la confiance » (MacDonald et Dubé, 2015 : 790). « Les individus 'hésitants' peuvent refuser certains vaccins et en accepter d'autres, retarder la vaccination ou suivre les recommandations tout en ayant des craintes et doutes importants » (Dubé et Guay, 2014 : 4).

Il existe un Groupe stratégique consultatif d'experts-tes sur la vaccination (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization - SAGE*). Ce groupe, établi par le Directeur général de l'OMS en 1999, est le principal groupe consultatif de l'OMS pour les vaccins et la vaccination chargé de conseiller sur les politiques vaccinales et

les stratégies mondiales. Il présente les priorités comme celle sur « la communication avec les populations qui hésitent à se faire vacciner » (OMS, 2011). Son mandat couvre un large éventail d'aspects, notamment : vaccins et technologie, recherche et développement, administration de la vaccination et ses liens avec d'autres interventions sanitaires. Il fournit des recommandations à l'OMS au sujet des vaccins pertinents identifiés comme des priorités importantes pour la SP, et forme des groupes de travail normalement établis pour une durée limitée afin de participer à trouver des solutions à des problèmes spécifiques identifiés par SAGE lorsqu'ils ne peuvent être abordés par les comités consultatifs permanents de l'OMS (OMS, 2016). Afin de se distancier de possibles conflits d'intérêts, l'OMS a émis une déclaration à cet effet (OMS, 2015)⁵⁴.

Depuis 2012, un groupe de travail SAGE sur l'hésitation à l'égard des vaccins (*SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*)⁵⁵ a été formé pour étudier et mesurer (Larson *et al.*, 2015) spécifiquement le phénomène de l'hésitation à la vaccination⁵⁶. Les buts sont d'accroître la compréhension de l'hésitation à l'égard des vaccins, ses déterminants; d'améliorer les structures et les capacités organisationnelles pour réduire l'hésitation et accroître l'acceptation des vaccins; de partager les leçons apprises et les pratiques efficaces de divers pays et de développer des stratégies pour traiter l'hésitation (Dubé *et al.*, 2015). Aussi, un guide a été conçu pour aider les pays à surmonter l'hésitation plus efficacement (Guide to Tailoring Immunization Programmes -TIP). Ce guide permet « de fournir des méthodes et des outils éprouvés qui peuvent aider les programmes de vaccination à concevoir des stratégies ciblées qui conduiront à une augmentation du taux de vaccination chez les nourrissons et les

⁵⁴ Plusieurs des membres ont déjà reçu comme chercheurs-res ou experts-tes des fonds de l'OMS mais aussi de GSK, Novartis, Sanofi Pasteur, la fondation Bill et Melinda Gates, ou sont membres de comités comme le Merck Vaccine Strategic Advisory Board (OMS, 2012).

⁵⁵ Nous y trouvons une chercheuse de l'INSPQ qui est aussi représentante du *Canadian Research Group on Religious and Cultural Reasons for Vaccine Hesitancy and Refusal*, faisant partie du réseau The Communication Initiative - www.communit.com.

⁵⁶ Voir les nombreuses publications dans la revue *Vaccine*, Volume 33, Issue 34, 14 August 2015.

enfants, ce qui augmentera les taux de couverture vaccinale et la lutte contre les risques de maladies évitables par la vaccination » (WHO, 2013 : 17). Un des outils du TIP permet de diagnostiquer les déterminants liés aux comportements de réticence et proposer des interventions appropriées (Butler *et al.*, 2015).

Les PDLS sont reconnus pour jouer un rôle crucial dans la promotion et l'acceptation du vaccin parmi les populations hésitantes (Laberge *et al.*, 2011; Leask *et al.*, 2014). Ainsi, leurs connaissances, leurs recommandations et leur capacité à communiquer clairement les informations sur les bénéfices et risques aux parents sont les déterminants majeurs des décisions de ces derniers quant à la vaccination (Dubé *et al.*, 2011c; Leask *et al.*, 2008; Petousis-Harris *et al.*, 2005; Zimmerman *et al.*, 1997). Autrement dit, l'observance des PDLS à la pratique de la vaccination est considérée comme un élément essentiel pour atteindre des taux élevés de vaccination (Askelson *et al.*, 2010). Or, ils-elles peuvent être aussi hésitants-tes à l'égard des vaccins. En effet, même si la SP a été en mesure de capitaliser sur la forte normalisation du geste banal et socialisé qu'est devenu la vaccination (Petts et Niemeyer, 2004), il existe une tendance parmi des PDLS à se questionner face à la vaccination. Ceci préoccupe beaucoup car les connaissances et l'attitude des PDLS au sujet des vaccins sont des déterminants importants à la fois sur leur propre taux de vaccination, leur intention de recommander des vaccins pour leurs patients, et le taux de vaccination de leurs patients (Dubé *et al.*, 2014). Une des recommandations du SAGE est que « les comportements hésitants au sein des PDLS soient adressés » (SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2014 : 63).

1.2.4 L'hésitation chez les professionnels-elles de la santé (PDLS)

Les chercheurs-res qui s'intéressent à l'hésitation à la vaccination dans la population l'attribuent soit à des fausses croyances (ou croyances négatives), un manque de

connaissances, ou encore considèrent en général le public comme étant mal informé (ignorance) surtout à cause des sites internet⁵⁷. Mais que penser du discours critique de leurs collègues, experts-tes eux aussi, sur la vaccination et qu'en est-il des raisons de cette résistance dans leurs propres rangs ?

En Nouvelle-Zélande, Jelleyman et Ure (2004) ont étudié les attitudes personnelles et les pratiques des PDLS, incluant les médecins, les sages-femmes, les infirmières et infirmiers et les praticiens-ennes des médecines non conventionnelles en ce qui concerne les vaccinations pendant l'enfance. Ils ont identifié d'importantes incertitudes et préoccupations concernant à la fois les risques des vaccins et les tensions éthiques entre la protection de la communauté et la perception du risque individuel chez ces groupes de PDLS. En ce qui concerne leur propre vaccination, il semble que le taux d'observance soit faible en Europe (Doumont et Libion, 2007). Ces études concernent en général le vaccin contre la grippe qui sert souvent d'indicateur sur l'attitude des PDLS face aux vaccins. Une étude pilote réalisée en 2002 en Belgique auprès de soignants-tes exerçant dans des centres de soins de longue durée, a révélé que seulement un-e intervenant-te sur cinq avait eu la vaccination antigrippale (Van Ranst et Snacken, 2005; Tréfois, 2005). D'autres études européennes (Boland *et al.*, 1997; Beguin *et al.*, 1998) notent une couverture vaccinale inférieure à 15 % et ce, malgré les recommandations des institutions et la gratuité du vaccin. Certaines de ces études, notamment en Arabie Saoudite, en France et au Canada pointent du doigt l'utilisation de MNC dont l'homéopathie, à la fois pour la prophylaxie et le traitement de la grippe (Peker et Coulamy, 1999) comme facteur influençant le taux de vaccination (Al-Tawfiq *et al.*, 2009; Manuel *et al.*, 2002; Trivalle *et al.*, 2006). Il faut souligner que la récente étude faite par l'équipe du

⁵⁷ Bien que seulement 2 % des parents consulteraient ces sites Internet pour éclairer leur décision (Blume, 2006; Paulussen, 2000), certains auteurs insistent sur une manipulation de « désinformation » de l'opinion publique sur ces sites (Davies *et al.*, 2002; Kata, 2010; Nasir, 2000; Wolfe *et al.*, 2002).

Cochrane⁵⁸ (Jefferson et Lasserson, 2013) n'a trouvé aucune preuve raisonnable pour même soutenir la vaccination contre la grippe des PDLS travaillant avec les personnes âgées de 60 ans ou plus résidant dans les centres de soin de longue durée. Il faut noter qu'en 2016, le Ministère de la santé du Québec a demandé à l'INSPQ un avis scientifique sur la pertinence de modifier le programme de vaccination antigrippale suite à la variabilité de son efficacité au fil des années (Archambault, 2016). Son efficacité varie entre 40 % et 60 % selon les années (0 % en 2014-2015), des taux semblables à ceux du vaccin contre le zona. Il existe toutefois un débat au sein des PDLS et des autorités de SP sur les mesures à prendre pour la vaccination contre la grippe des personnes âgées et l'obligation de vaccination chez les PDLS (Darren Lau *et al.*, 2013; De Serres *et al.*, 2017; Kolber *et al.*, 2013). Les données de l'Institut de veille sanitaire en France (Guthmann *et al.*, 2012) sur la couverture vaccinale officielle des étudiants-tes en santé (médecins, infirmiers-ères, sages-femmes), montrent que le taux d'observance varie selon les professions et le type de vaccin.

En France, une étude (BVA, 2005) a démontré que « si l'adhésion de la population à la vaccination [vaccination infantile] reste globalement bonne, plusieurs témoins indiquent que s'installe depuis une dizaine d'années, *à bas bruit*, un questionnement autour de la politique vaccinale, peut-être plus du côté des médecins que de la population. En effet, 58 % des médecins se posent des questions sur l'utilité des vaccins donnés aux enfants et 31 % des médecins se posent des questions sur la sécurité des vaccins » (INPES, 2009 : p. 12).

⁵⁸ Le *Cochrane Collaboration* est une organisation à but non lucratif indépendante qui regroupe des milliers de volontaires dans plus de 100 pays. Elle s'est formée dans le but d'organiser de manière systématique les informations concernant la recherche médicale. De telles informations consistent en des preuves scientifiques pour la prise de décision médicale, fondées sur des essais cliniques bien menés. Ce groupe a aussi pour but de regrouper et publier dans une bibliothèque, des données scientifiquement validées de manière accessible et résumée, de revues systématiques (méta-analyses) d'essais randomisés contrôlés d'interventions en santé. Elle siège à l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Manca (2016) a interrogé vingt-six médecins et sept infirmières en Alberta entre 2013 et 2014, afin d'examiner la façon dont ils-elles transmettent soit la confiance, l'incertitude ou des doutes sur les vaccins. Toutes les personnes interrogées utilisaient le discours culturellement dominant selon lequel les vaccins sont essentiels à la santé de la population, mais elles ont également parlé d'incertitudes. L'objectif étant d'atteindre toujours de plus hauts niveaux de couverture vaccinale, les autorités considèrent que « compte tenu du nombre de vaccins à administrer, de la complexité des calendriers d'immunisation, de la réticence des vaccinoteurs ainsi que des parents face aux injections multiples, il demeure essentiel de mettre à jour et d'améliorer les compétences des intervenants dans le domaine de l'immunisation » (Boulianne *et al.*, 2009 : 6).

Une autre étude française sur les pratiques et les attitudes des médecins généralistes sur la vaccination (Verger *et al.*, 2015) indique que jusqu'à 43 % des praticiens-nés interrogés-ées ne recommandaient pas la vaccination à leurs patients cibles, ce qui serait une représentation de leur propre hésitation face aux vaccins. Plusieurs étaient en désaccord avec les affirmations concernant la sécurité et l'utilité des vaccins. La complexité du calendrier vaccinal en inquiète plusieurs (voir C.3). La multiplication des stimulations immunitaires paraît, « au moins théoriquement, susceptible d'activer des voies métaboliques avec production de cytokines, aux conséquences imprévisibles (...) L'immunologiste Jean-Pierre Revillard évoquait en 2001 l'intérêt de discuter la possibilité théorique d'une 'autre histoire', celle d'un monde biologique sans vaccins. Il concluait que nous sommes contraints de continuer dans la voie déjà tracée de la production de nouveaux vaccins contre les pathogènes émergents, sans être totalement assurés du bon choix. Il est impossible d'évaluer aujourd'hui le prix des adaptations passées aux stratégies d'immunisation multiple » (Moulin, 2010b : 314; aussi Ward, 2000) (voir C.6). Une étude canadienne à grande échelle, (McDonald *et al.*, 2008) montre une association entre l'administration tardive du vaccin DCT (à 5 mois plutôt qu'à 2 mois) avec un risque réduit de 50 % de l'asthme

infantile. Ceci laisse croire que l'inquiétude de PDLS face au nombre de vaccins serait à considérer davantage.

Une étude suisse sur le taux de vaccination d'enfants de médecins indiquait que 10 % de ces derniers retardaient le calendrier vaccinal de leurs propres enfants. Cependant, les chercheurs-res concluaient sans autre considération que « la clarification des idées fausses comme la peur de la 'surcharge immunitaire' [n'avait] pas encore atteint des cibles importantes parmi les [PDLS] qui sont donc peu susceptibles de répondre de manière adéquate aux préoccupations des parents » (Posfay-Barbe *et al.*, 2005 : e623).

Les quelques études présentées montrent que de nombreux-ses PDLS sont eux-elles-mêmes hésitants-tes face aux vaccins. Dans l'étude de Verger *et al.* (2015), on notait que la majorité des praticiens-nes interrogés-ées étaient confiants-tes dans leur capacité à expliquer l'utilité et la sécurité des vaccins à leurs patients. Néanmoins, les auteurs-res présumaient que ces PDLS entretenaient des « croyances négatives » en ce qui concerne la vaccination, ce qui dénote, à notre avis, un biais selon lequel les discours hétérodoxes sur la vaccination ne sont pas perçus comme étant légitimes. Ce biais semble, selon nous, faire obstacle aux connaissances que nous pouvons avoir sur le contenu véritable de leurs discours critiques sur les vaccins.

1.2.4.1 L'hésitation des PDLS au Québec : le point de vue de la santé publique

Le Québec représente un modèle de réussite pour les autres provinces et d'autres pays en ce qui a trait aux programmes de vaccination de masse ainsi qu'à leur observance par la population (De Wals, 2011). Même si la vaccination n'est pas obligatoire, le Québec dispose d'un *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) « reconnu comme norme de pratique par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des

infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec ainsi que le Collège des médecins du Québec, qui demandent à leurs membres de s'y conformer » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013 : v). D'ailleurs, comme nous l'avons noté, le taux de couverture vaccinale est élevé chez nous et l'efficacité du programme de vaccination, en terme de promotion de la vaccination, est très satisfaisante (De Wals, 2011).

Pourtant, des études, dont celle de l'INSPQ sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans (Boulianne *et al.*, 2009) notaient une réticence chez les vaccinateurs-trices face aux injections multiples (Guay *et al.*, 2009; Hamid *et al.*, 2010; Melman *et al.*, 1994; Woodin *et al.*, 1995) « et on constate que ces croyances et pratiques défavorables sont en évolution » (Boulianne *et al.*, 2009 : 78). Des études nord-américaines ont même démontré que les médecins s'en inquiétaient plus que les parents (Halperin *et al.*, 1998). Guay et ses collègues (2009) ont aussi noté que si une majorité de PDLS reconnaît les bienfaits de la vaccination, plusieurs d'entre eux-elles expriment toutefois certaines réticences. Certains-auteurs-res (Gallagher *et al.*, 2009; Delisle *et al.*, 2009) soulignent aussi l'influence de l'environnement sur ces intervenants-tes, comme par exemple la sortie au Québec en 2009 du documentaire controversé de Moreco, *Silence, on vaccine*, qui a révélé ce malaise des PDLS chez nous, face à la vaccination. Plusieurs enquêtes québécoises ont démontré l'inquiétude de la SP au sujet de l'hésitation de PDLS à l'égard de la vaccination. Nous en présentons quelques-unes.

Une enquête postale⁵⁹ a été réalisée en 1998 (Dionne *et al.*, 2001) auprès de tous les vaccinateurs-trices du Québec, infirmières et médecins, afin de documenter leurs connaissances, attitudes et pratiques dans le domaine de la vaccination, mais aussi

⁵⁹ Cette étude, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par Merck Frost Canada, analysait les données faites sur 2 059 questionnaires provenant de vaccinateurs-trices actifs-ves (taux de réponse global de 71 %). Près de la moitié de ceux-ci (48 %) ont été remplis par des infirmières, 38 % par des omnipraticiens et 14 % par des pédiatres (Dionne *et al.*, 2001 : 101).

leurs comportements, afin d'entreprendre des interventions auprès d'eux et d'elles. Il a été constaté, entre autres, qu'une partie des infirmières et des médecins (soit environ 41 % des infirmières, 13 % des omnipraticiens et omnipraticiennes et 8 % des pédiatres québécois-ses) ne pensaient pas que les vaccins donnés aux jeunes enfants sont totalement sécuritaires, utiles et efficaces et une partie de ceux-celles-ci pensaient même que certaines alternatives (homéopathie, bonne alimentation ou bonne hygiène de vie) peuvent éliminer la nécessité de certains vaccins⁶⁰. D'ailleurs, la question du recours à des MNC comme substitut possible à la vaccination est fréquemment abordée dans les enquêtes sur la résistance à la vaccination (Dubé *et al.*, 2013; Dubé *et al.*, 2013b; Gust *et al.*, 2008; Heining, 2006). Cet intérêt, déjà souligné, vient du fait que les homéopathes peuvent offrir une alternative à la vaccination et une prophylaxie face aux maladies infantiles, et qu'il existe une croissante popularité de cette pratique auprès des enfants⁶¹ (Millar, 2001; Taillefer, 2009; Zuzak *et al.*, 2012). Au Canada, une étude soulignait que dans les ménages qui consultent les praticiens-nes de MNC, 21 % consultent un-e homéopathe pour leurs enfants (Millar, 2001; Swain *et al.*, 1999).

Les résultats d'une plus récente étude québécoise (Dubé *et al.*, 2012b) ont montré qu'une proportion importante de PDLS interrogés-ées avait des préoccupations semblables à l'étude de 2001 (Dionne *et al.*, 2001) : plus d'un tiers jugeait que les enfants reçoivent trop de vaccins (37 % d'accord) et qu'une bonne hygiène de vie

⁶⁰ « En effet, seulement 59 % des infirmières se retrouvaient dans la catégorie « très favorable à la vaccination », à savoir qu'elles étaient convaincues de l'utilité, de la sécurité et de l'efficacité des vaccins comparativement à 92 % des pédiatres et à 87 % des omnipraticiens » (Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), 2006 : III).

⁶¹ Par exemple, en Norvège, les visites chez les homéopathes pour les 0-16 ans ont augmenté de 36 % en 2004; en Hongrie, 60 % des enfants atteints du cancer utilisent une MNC, principalement l'homéopathie; en Italie, c'est 33 % qui y ont recours; en Allemagne, 59 % des parents d'enfants atteints de maladies chroniques et 53 % des parents d'enfants atteints de maladies aiguës utilisent une MNC, l'homéopathie étant au premier rang (Zuzak *et al.*, 2012). Au Québec, même si les chiffres ne sont pas récents, deux études du début des années 1990 (Association des pédiatres du Québec, 1992; Groupe Multi Réso, 1990), révélaient que plus de 25 % de la population québécoise avait recours à l'homéopathie, c'est-à-dire aux remèdes homéopathiques et aux praticiens et praticiennes (Fournier *et al.*, 2002).

peut éliminer la nécessité de la vaccination (36 % d'accord). L'hésitation à l'égard des vaccins chez les PDLS est également bien illustrée par la réticence d'une part importante d'entre eux-elles (variant entre 26 et 61 %) de recevoir le vaccin antigrippal en dépit des fortes recommandations et de la gratuité des vaccins disponibles sur le lieu de travail. Cette situation oblige les autorités à utiliser des approches axées sur des interventions multiples afin de les convaincre d'accepter de se faire vacciner (Dubé *et al.*, 2013; Gallant *et al.*, 2006).

Plusieurs études ont suivi celle de Dionne et ses collègues (2001) afin d'examiner l'attitude de PDLS à l'égard de la vaccination (Gallagher *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2009) et comme moyen de mieux comprendre une couverture vaccinale perçue comme sous-optimale dans certaines régions. Il y a celles menées auprès des infirmières de la Montérégie (Rousseau *et al.*, 2005) et des infirmières des programmes Naître Égaux - Grandir en santé (Hudson *et al.*, 2000). On note aussi des rapports de consultation et des recommandations disant qu'il faut « renforcer chez les infirmières l'importance d'appuyer leur jugement professionnel sur des données probantes et non sur des notions non scientifiques ou sur des croyances personnelles » (Boulianne *et al.*, 2005 : 6), qu'il faut « explorer et identifier les fondements des mythes et des fausses croyances entourant l'utilité, l'efficacité et la sécurité des vaccins et des attitudes négatives face à la vaccination » (*Ibid.*, : 15); et qu'il faut pallier au « manque de connaissance » (Petit *et al.*, 2007 : 311) chez ces PDLS.

Des études ont également été menées auprès de sages-femmes du Québec (Sauvageau *et al.*, 2012; Vivion *et al.*, 2011) et elles présentent des résultats similaires. En 2010, un document de l'INSPQ, cette fois sur le vaccin VPH, notait que « d'autres professionnels de la santé, du courant des médecines alternatives, ont également été associés à une attitude antivaccinaliste, notamment les sages-femmes... » (Dubé *et al.*, 2010 : 8). En 2013, une étude (Dubé *et al.*, 2013b) est à l'origine du rapport de

l'INSPQ sorti en 2014 sur les sages-femmes (Sauvageau *et al.*, 2014). Environ 20 % (6 sur 30) auraient une formation en MNC. Dans ce rapport, on distingue entre connaissances et croyances, ces dernières étant souvent perçues comme fausses ou négatives. Aussi, dans le reste du Canada et ailleurs dans le monde, plusieurs études auprès d'infirmiers-ères, de sages-femmes et de médecins (Harbarth *et al.*, 1998; Heurter *et al.*, 2002; Jolleyman et Ure, 2004; Mawhinney, 2002; Petrovic *et al.*, 2001; Salmon *et al.*, 2004; Schisler *et al.*, 2002) ont révélé une situation semblable où des PDLS étaient, soit réticents-tes à se faire vacciner, soit considéraient que des vaccins du calendrier infantile pouvaient être dangereux. Ces PDLS se questionnaient sur le lien possible entre les vaccins et certaines maladies chroniques, et sur la possibilité que les vaccins puissent affaiblir le système immunitaire des enfants.

On retrouve en fait, dans les études de l'INSPQ comme ailleurs (Hamilton *et al.*, 2004; Salmon *et al.*, 2008; Zhang *et al.*, 2008), des questions qui « sondent l'adhérence à des croyances reconnues comme étant possiblement associées à l'hésitation à la vaccination, soit la perception de la nécessité de la vaccination lorsqu'une bonne hygiène de vie est pratiquée, la perception de la nécessité de la vaccination en cas de recours à des médecines alternatives et l'opinion sur la quantité de vaccins recommandés pour les enfants » (Dubé *et al.*, 2013 : 131). Selon Keelan (2006 : 79), les partisans de la vaccination pensent que « les gens résistent à la vaccination parce qu'ils ne peuvent pas distinguer la bonne science de la mauvaise science ».

Le message des autorités de SP est donc unilatéral : pour réduire la méfiance qu'entretient une partie de la population face à l'inoculation, ce sont d'abord les PDLS qu'il faut former adéquatement afin que soit propagé un message clair et sans équivoque en faveur de la vaccination (Daoust-Boisvert, 2015; MacDonald et Dubé, 2015). De plus, les conclusions des chercheurs-res semblent fondées en général sur la prémisse selon laquelle la pratique vaccinale actuelle n'a pas à être remise en

question. Par conséquent, douter ou être critique à l'égard des vaccins n'est pas une option pour les autorités et la majorité du milieu médical.

1.2.4.2 Revue des études sur la perception des quatre groupes de PDLS à l'étude

Tous les médicaments sont associés à des risques d'effets indésirables et l'éthique médicale exige que la vaccination soit effectuée avec le consentement complet et éclairé des sujets à vacciner. Cela nécessite une divulgation objective des bénéfices et des risques connus ou prévisibles de la vaccination (Tomljenovic, 2011; Tomljenovic et Shaw, 2013). On peut se demander si les informations concernant les vaccins du calendrier vaccinal infantile, telles que divulguées aux parents (et plus spécifiquement aux mères) et aux PDLS par la SP, sont toujours fondées sur les meilleures données disponibles (Coulter et Fisher, 1985; Georget, 2009b; Gotzsche, 2013; Riva et Spinosa, 2010). Dans le cas où des enfants et des nourrissons sont impliqués, le plein consentement en ce qui concerne la vaccination doit être donné par les parents (Tomljenovic, 2011). Les PDLS sont responsables de la communication de ces informations et sont imputables de leurs actes. Le succès attendu de l'application de cette biotechnologie repose essentiellement sur les PDLS et il est reconnu que leur rôle dans la divulgation de l'information donnée aux parents sur les avantages et les risques de la vaccination est de plus en plus difficile (Bigham et Hoefer, 2001; Halperin, 2000).

Le contenu et les raisons des discours hétérodoxes de ces PDLS sur le sujet de l'hésitation à la vaccination qui, nous le verrons, ne sont pas d'emblée antivaccinalistes, sont peu documentés car ils ne sont pas considérés comme une critique savante sur la vaccination. Pour cette thèse, nous nous intéressons à l'expérience, au savoir de personnes qui constituent la ligne de front pour la mise en place des programmes et la distribution des vaccins ainsi que la transmission de

l'information à leur sujet. Notre choix d'étudier spécifiquement les discours de quatre groupes de PDLS repose sur le fait que plusieurs des études de l'INSPQ sur l'état de la couverture vaccinale infantile portent spécifiquement sur les infirmières, les médecins et les sages-femmes critiques de la vaccination infantile et soutenant parfois des alternatives comme la médecine homéopathique. Nous présentons maintenant différentes études recueillies à propos de chacun de ces groupes désignés pour notre thèse afin de préciser leur rôle professionnel au Québec et de présenter l'état des connaissances qui les concernent.

Les infirmières

Les infirmiers-ères⁶², comme les médecins, ont l'obligation de recommander la vaccination à leurs patients (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Au Québec, à la suite de modifications législatives (loi 90 de 2003) (OIIQ, 2003), les infirmiers-ères peuvent maintenant procéder à la vaccination selon l'application de la Loi sur la santé publique, et ce, sans ordonnance médicale individuelle ou collective, en respectant le cadre du Protocole d'immunisation du Québec (Petit *et al.*, 2007; Sauvageau *et al.*, 2005). « La vaccination n'a pas fait partie des tâches régulières des infirmières de colonie avant le milieu des années 1950, mais elle pouvait occasionnellement faire partie de leur travail même dans les années 1930 et 1940, et elle a pris une place croissante avec le temps » (Rousseau et Daigle, 2013 : 330) car les médecins ont peu à peu abandonné cet acte moins rémunéré.

On s'intéresse donc beaucoup à l'attitude et aux croyances (présumées fausses) des infirmiers-ères face à la vaccination car ils-elles sont les premiers-ères responsables de la mise en place des programmes et de la distribution des vaccinations. Ces PDLS, qui vaccinent 75 % des enfants (0-4 ans) au Québec (Dubé *et al.*, 2016b), sont les

⁶² En 2015, 10,8 % du personnel infirmier au Québec était des hommes (OIIQ, 2015) mais plusieurs recherches avant cette date parlent plutôt de ce groupe exclusivement au féminin.

plus susceptibles d'influencer positivement la couverture vaccinale (Gallagher *et al.*, 2009; Lagarde, 2005). L'INSPQ a publié un document (Boulianne *et al.*, 2005) afin d'améliorer ou de modifier leur attitude générale face à la vaccination car on estimait à 25 % le pourcentage des infirmiers-ères qui doutaient de l'utilité des vaccins implantés depuis plusieurs années et à plus de 40 % ceux et celles qui doutaient des vaccins plus récents. Ce document faisait suite à l'étude mentionnée plus haut, menée en 1998 auprès des vaccinateurs et vaccinatrices québécois-ses qui révélait que les infirmières avaient globalement une attitude moins favorable face à la vaccination que les médecins omnipraticiens-nes et pédiatres vaccinateurs-trices. (Dionne *et al.*, 2001).

Si le document de l'INSPQ accuse avant tout le manque de formation pour habiliter les infirmières à jouer pleinement leur rôle en vaccination, il souligne aussi :

La difficulté qu'elles ont à apprécier positivement les résultats de leur rôle, soit la réduction voire l'élimination des maladies infectieuses visées par la vaccination et le bénéfice santé qu'elles procurent à la population. Ce sont les effets secondaires, réels ou appréhendés de la vaccination qui sont au premier plan puisque les maladies elles-mêmes ont presque disparu. Elles sont inquiètes par le nombre croissant de vaccins, la complexité du calendrier de vaccination et l'obligation d'offrir tous les vaccins requis (plusieurs injections) au cours d'une même visite. (Boulianne *et al.*, 2005 : IV)

Utilisant le modèle théorique des déterminants de la pratique vaccinale (Comité sur l'immunisation du Québec, 2005 : 4), on constate qu'en plus des craintes face aux vaccins, leurs habitudes de santé, leur propre expérience face à la vaccination et le recours aux MNC sont des déterminants importants dans leur comportement face à la vaccination. Contrairement à l'étude de 2001 (Dionne *et al.*, 2001) où près d'un cinquième des infirmières au Québec pensaient que l'homéopathie, une bonne alimentation ou un mode de vie sain pourraient éliminer la nécessité de la

vaccination, l'étude québécoise de Dubé *et al.* (2013) incluant les médecins et les infirmières constatait que « près du 1/4 des médecins et des infirmières étaient en accord avec le fait qu'une bonne hygiène de vie pouvait éliminer la nécessité de la vaccination [40 % chez les autres PDLS) » (: 59), mais le recours aux MNC n'était généralement pas perçu comme une pratique pouvant éliminer la nécessité de la vaccination (13 % comparativement à 23 % pour tous les autres PDLS).

Les données québécoises sur les inquiétudes des infirmiers-ères face à la vaccination correspondent à celles relevées ailleurs dans le monde. Par exemple, l'étude de Nouvelle-Zélande de Jelleyman et Ure (2004) montre que 41 % des infirmières se questionnaient sur le lien possible entre le vaccin RRO et l'autisme ou la maladie de Crohn. Ces résultats confirment d'autres études canadiennes (Heurter *et al.*, 2003; Hudson *et al.*, 2000; Schisler *et al.*, 2002; St-Amour *et al.*, 2004) et internationales (Cotter *et al.*, 2008; Dixon *et al.*, 1998; Harris *et al.*, 2008; Petousis-Harris *et al.*, 2005; Salmon *et al.*, 2004) qui ont identifié chez des infirmières un supposé manque de connaissances et la présence de « fausses croyances » (Dubé *et al.*, 2011; Ofstead *et al.*, 2008; Petrovic *et al.*, 2001) en lien avec la vaccination et les MI qu'il faut modifier (AIIC, 2001; Duval *et al.*, 2009; Julien, 2010; Sauvageau *et al.*, 2005). Les études en général s'accordent pour dire qu'il faut faire des efforts ciblés d'éducation pour assurer la participation des infirmiers-ières dans leur rôle de premier plan dans les programmes de vaccination (vaccination infantile, antigrippale, VPH).

Il semble toutefois, que nous ayons peu d'information sur leur propre point de vue. Dans un document de l'INSPQ sur la grippe A H1N1 (Dubé *et al.*, 2011c), on note dans les commentaires recueillis que les infirmiers-ières sont beaucoup plus critiques face à la vaccination et ont été témoins en première ligne d'effets secondaires. Ce dernier facteur important mais rarement souligné, montre, selon nous, qu'il est nécessaire d'étudier davantage le contenu des critiques de ces PDLS.

Les médecins

Historiquement, « les médecins ont toujours été au coeur des combats antivaccinaux, critiquant les preuves populationnelles (...) et soutenant des techniques de surveillance et d'isolement des cas comme alternative à la vaccination anti-variologique » (Torny, 2006 : 2). Il y a, aujourd'hui, une augmentation du nombre de médecins qui condamnent publiquement la vaccination (ECDC, 2015). Un certain nombre d'études mettant l'accent sur les pratiques des médecins ont examiné la base des connaissances et les pratiques de ces intervenants-tes concernant la vaccination. Ils ont vérifié leur compréhension des contre-indications et ont évalué l'application de la politique vaccinale au niveau des soins primaires (Askew *et al.*, 1995; Herzog *et al.*, 2013; Koepke *et al.*, 2001; Salmon *et al.*, 2008; Siegel et Schubert, 1996). Les auteurs-res d'études américaines (Milledge *et al.*, 2003; Mergler et Omer, 2011; Salmon *et al.*, 2008) ont constaté que les préoccupations concernaient des effets secondaires possibles et inconnus de la vaccination, l'affaiblissement du système immunitaire, et la sous-estimation par le CDC de la fréquence des MAPI, ce qui amènerait ces PDLs à être moins disposés-ées à les recommander. Certains-nes auteurs-res notaient aussi un changement dans l'attitude à l'égard de la vaccination dans la nouvelle génération par rapport à leurs homologues plus âgés, les jeunes diplômés-ées étant plus hésitants-tes à la vaccination.

La couverture vaccinale des médecins varie beaucoup selon les pays et même les provinces. Lors de la « crise de la grippe A H1N1 » de 2009, 49 % des médecins de famille britanniques interrogés affirmaient qu'ils refuseraient le vaccin, principalement en raison des inquiétudes sur sa sécurité (Praities, 2009). La controverse médiatique au cours de cette crise a été le principal argument d'un grand nombre de refus par la suite (Bonfiglioli *et al.*, 2013; Tagajdid *et al.*, 2011). Au Canada, en 2013, c'est moins de 50 % des PDLs qui se sont fait vacciner contre la grippe saisonnière (Gerein, 2013). Mais certaines provinces considèrent faire de la

vaccination antigrippale une condition requise pour travailler dans le secteur de la santé.

Au Québec, le profil est un peu différent. En 2012, c'est 44 % de tous les travailleurs-euses de la santé, mais 89,2 % des médecins et 61,6 % des infirmiers-ères qui disent avoir été vaccinés-ées contre la grippe (Dubé *et al.*, 2013). La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière en 2010 était plus faible, soit de 56 % parmi les médecins et de 29 % parmi les infirmiers-ères (Dubé *et al.*, 2011c). Puisque les programmes de promotion insistent sur l'influence par les pairs, des stratégies ont été mises en place avec succès pour augmenter le taux de vaccination, entre autres chez les médecins.

En ce qui a trait aux nouveaux vaccins, la résistance dépend du type de vaccin. Avec celui contre le rotavirus, c'est seulement 69 % des pédiatres canadiens qui considéraient les vaccins antirotavirus comme sûrs et 61 % les considéraient efficaces (Dubé *et al.*, 2011b). De Carvalho et ses collègues du Brésil (2009) ont trouvé que même si l'efficacité du vaccin contre le VPH et la prophylaxie semblent avoir été suffisamment comprises par les médecins, certaines de ses propriétés telles que l'innocuité et la durée de l'immunité suscitent un sérieux questionnement. Une étude de Harvard sur la communication du risque montre que près de 30 % des médecins de l'enquête « découragent passivement » le vaccin contre le VPH (Gilkey *et al.*, 2015). Duval et ses collègues (2007) ont montré que la plupart des médecins canadiens ont l'intention de prescrire des vaccins contre le VPH (86,7 %), un des plus controversés dans la communauté scientifique internationale (Brinth, 2015; Lippman, 2007; Riva et Spinosa, 2010; Sorensen et Tanggaard Andersen, 2016 ; Tomljenovic *et al.*, 2013).

Certains-nes auteurs-res se sont demandés-ées pourquoi certains médecins reportent la vaccination des enfants. Parmi les raisons de non vaccination, on retrouve la crainte de plusieurs du risque d'effets secondaires augmentés par la présence d'infections des voies respiratoires supérieures, le refus d'administrer trois vaccins injectables

simultanément et le refus suite aux objections parentales ou à cause de l'efficacité du vaccin (Zimmerman *et al.*, 1997). L'enquête française soulignée précédemment (BVA, 2005) et réalisée auprès de médecins français généralistes et pédiatres afin d'évaluer leur perception de l'utilité et de la sécurité des vaccins, confirme que la raison principale pour laquelle les médecins ont des réserves face à certains vaccins est la crainte des MAPI (Raak *et al.*, 2010). Dans l'étude de Verger *et al.* (2015) sur le doute de nombreux médecins français quant à la sécurité et l'utilité des vaccins, les auteurs-res alléguaient que la perception du risque de ces PDLS « reflète une dimension qui est plus attitudinale que fondée sur des preuves, car nous avons constaté que les réponses des médecins généralistes ne sont pas en accord avec les preuves scientifiques sur les effets indésirables » (*Ibid* : 896).

Contrairement à l'Europe ou aux États-Unis, on dénote chez nous une grande observance face à la vaccination chez les médecins qui préconisent fortement les programmes de vaccination des enfants (Dubé *et al.*, 2012; Dubé *et al.*, 2013c), même si au Québec, selon une récente enquête, 30 % des médecins et des infirmiers-ères croient que les enfants reçoivent trop de vaccins (Dubé *et al.*, 2012b). Quels sont les facteurs qui amènent certains-nes médecins du Québec à hésiter à administrer des vaccins ? Notre thèse vise entre autres à approfondir cette question.

Les homéopathes

Cette catégorie n'est pas surprenante pour l'Europe⁶³ contrairement à chez nous⁶⁴. En Europe seulement, la médecine homéopathique est pratiquée par plus de 54 000 médecins et spécialistes (environ 1/3 des médecins français sont homéopathes) et par près de 218 000 médecins homéopathes en Inde (Bornhöft et Matthiessen, 2011; ECCH, 2006; ECH, 2010). Un nombre croissant de parents y ont recours pour leurs enfants (Zuzak *et al.*, 2012) et plusieurs pays ont intégré de diverses façons la médecine homéopathique dans leurs systèmes de santé (Bornhöft et Matthiessen, 2011). Plusieurs études ont montré les bénéfices économiques de son intégration (Taillefer, 2012).

Après la fermeture du *Montreal Homœopathic Hospital*⁶⁵ (1894-1952) et la

⁶³ La communauté Européenne a adopté une législation dans le domaine de la pratique de l'homéopathie et certains pays y ont donné un statut légal, comme l'Allemagne, la Suisse, le Royaume-Uni, la Norvège, la Belgique, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande et le Portugal. Comme pour l'Australie, la pratique en Amérique du sud est légale et largement établie (Van Wassenhoven, 2012). Le Pakistan et l'Inde sont des pays qui ont, à l'instar du Royaume Uni, une tradition plus que centenaire de la pratique de l'homéopathie. Pour l'Inde, avec 234 hôpitaux homéopathiques, 5910 dispensaires gouvernementaux et 217 860 praticiens-nes homéopathes diplômés-ées, l'homéopathie est la deuxième médecine officielle : un indien sur deux a recours à l'homéopathie (HSF-France, 2011). Son enseignement comme spécialité et son usage dans les hopitaux se font dans 22 pays européens et un grand nombre de médecins sont diplômés en homéopathie (ECH, 2010; INHF, 2010; Van Wassenhoven, 2012). C'est en partie à cause des dépenses énormes en soins de santé que certains pays comme le Chili, le Nigeria, l'Inde, la Roumanie, le Brésil, Cuba, l'Ukraine, la Malaisie, le Vénézuëla, le Mexique, l'Uruguay et Israël, par exemple, ont intégré de diverses façons la médecine homéopathique dans leurs systèmes de santé (Bornhöft et Matthiessen, 2011). En mars 2016, le ministère de l'Intérieur de la Suisse a annoncé son intention d'élever cinq thérapies complémentaires, y compris l'homéopathie, au même niveau que la médecine conventionnelle (SWI, 2016).

⁶⁴ « Le gouvernement fédéral a réglementé les remèdes homéopathiques depuis 2004 (Santé Canada, 2004). Mais la réglementation des praticiens-nes reste sous la juridiction des provinces. Une enquête canadienne (Fournier et Taillefer, 2002b) a mis en lumière la réalité de 19 organisations membres de la Coalition Canadienne de Médecine Homéopathique (CCMH) (...). Cette enquête démontre à la fois les différents aspects légaux et la reconnaissance professionnelle des praticiens-nes selon les provinces, et la singularité de la situation québécoise avec la présence du monopole biomédical et la loi médicale » (Taillefer, 2009 : 45-46).

⁶⁵ Un ouvrage sur le système de santé canadien, écrit par Holly Dressel (*Who killed the Queen. The story of a community hospital and how to fix public health care*, 2008), a été consacré à l'histoire de cet hôpital devenu par la suite le *Queen Elizabeth Hospital*, réputé pour la qualité de ses soins et son approche centré sur le-la patient-te.

réorganisation des professions au Québec, une des « suites des rapports Nepveu-Castonguay et Sheppard, (...) les années 80 voient réapparaître plusieurs médecines non conventionnelles et autres approches alternatives à la médecine occidentale en réaction aux insatisfactions et à la méfiance envers la pratique moderne; la population est en quête de thérapeutiques différentes. Le phénomène interpelle suffisamment pour que le gouvernement convoque une commission parlementaire sur les 'médecines douces' à la fin des années 80 » (Fournier, 2012 : 27-28). Et en 1993, le mémoire de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) à la Commission parlementaire sur les MNC recommandait la reconnaissance de l'homéopathie (FIIQ, 1993). Malgré la réglementation des remèdes homéopathiques au fédéral depuis 2004 (Santé Canada, 2004), les nombreuses démarches faites au Québec pour encadrer sa pratique (Fournier, *et al.*, 2002; SPHQ, 2012; Tessier, 2008) n'ont pas encore eu de succès⁶⁶, contrairement à nos voisins ontariens qui ont obtenu leur Ordre professionnel en 2007 (Assemblée Législative de l'Ontario, 2007). On explique souvent la difficulté de son intégration ainsi que celle des autres MNC par l'opposition chez nous, de la part du milieu biomédical en place, à toute autre forme de pratique que la sienne⁶⁷ (Martel, 1992; Jetté, 2008; Taillefer, 2009 ; Taillefer et Fournier, 2009).

Il semble donc utile d'exposer l'apport des homéopathes à l'égard des MI pour comprendre leur attitude face aux vaccins car les défenseurs de la vaccination dépeignent souvent le public en tant que proie à des mouvements non scientifiques médicaux alternatifs qui ont historiquement été fortement associés aux antivaccinalistes (Gross 1994 ; Kaufman 1967 ; Leask 2002). Ce qui n'est pas

⁶⁶ Historique des démarches entreprises, <http://hpathy.com/past-present/professional-homeopathy-in-quebec-and-canada/>; aussi SPHQ, 2012.

⁶⁷ Une étude récente faite par le Collège des médecins du Québec (Gaboury *et al.*, 2016) visait à vérifier si les médecins de famille étaient adéquatement outillés-ées pour conseiller sur l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC). Notons qu'ici, il n'y a pas de distinction avec les MNC (Taillefer, 2009). Près de 86 % des répondants-tes ont indiqué se faire questionner sur les MAC plusieurs fois par mois. De ce groupe, seulement 33 % était en mesure de répondre. Dans le contexte actuel, on peut se demander qui formera ces médecins et quelle documentation sera transmise.

vraiment le cas, entre autres, en Europe où la pratique de la médecine homéopathique est largement répandue et officialisée.

Il faut d'abord préciser que si certains-nes homéopathes ont une position singulière face à la vaccination, comparativement aux autres PDLs, c'est que leur profession leur procure un outil thérapeutique (prophylactique) pour faire face aux MI. En l'absence de vaccins conventionnels, l'homéopathie a été efficace dans de nombreuses épidémies et maladies infectieuses, autant dans le passé (SPHQ, 2012; Sheffield, 2014; Winston, 2006)⁶⁸ que pour les épidémies d'aujourd'hui (Bracho *et al.*, 2010; Castro et Nogueira, 1975; de Souza Nunes, 2008; Gaucher *et al.*, 1993; Golden, 2004, 2007, 2013; Marino, 2008; Mroninski *et al.*, 2001; Peker et Coulamy, 1999; Van Erp et Brands, 1996). Les exemples de MI prévenues ou ayant été traitées par homéopathie incluent la diphtérie, la scarlatine, le typhus, la fièvre jaune, la variole, la rougeole, les oreillons, la méningite, la malaria, la leptospirose, la grippe espagnole, la polio, le choléra et la tuberculose. On retrouve d'ailleurs le travail des homéopathes, à la fois avant et parallèlement à celui de la MC⁶⁹ face aux fléaux des différentes époques, tout au long de l'histoire et notamment avant que l'hégémonie biomédicale ne soit établie. La prévention des MI par l'homéopathie s'appelle homéoprophylaxie⁷⁰.

⁶⁸ Voir aussi : Baur, 1982; Bradford, 1900; Coulter, 1973; Eaton, 1991; Eizayaga, 1985; Fournier, 2012; Hahnemann, 1801; Hale, 1864; Marino, 2009; Peschier *et al.*, 1832; Schmidt, 1967; Shepherd, 1967; Treuhertz, 1995; Van Wassenhoven, 2012 ; Wilson, 1891; Woodhull Eaton, 1907)

⁶⁹ Il existe dans la littérature de nombreux cas d'utilisation de nosodes (Tuberculinum, Diphtérinum, Variolinum, Influenzinum) avant l'arrivée des vaccins (Fournier, 2016).

⁷⁰ L'homéoprophylaxie a d'abord été utilisée par le Dr. Samuel Hahnemann en 1798 pour prévenir la scarlatine. Depuis, son usage s'est répandu dans de nombreux pays pour immuniser efficacement des millions de personnes. Il s'agit de l'utilisation de remèdes homéopathiques pour protéger les individus contre les maladies infectieuses. Contrairement à la vaccination conventionnelle, l'homéoprophylaxie ne repose pas sur la formation d'anticorps, mais sur la modification de la susceptibilité de l'enfant ou de l'adulte à la maladie. La philosophie derrière l'homéoprophylaxie est différente de celle de la vaccination en ce sens que les micro-organismes ne sont pas considérés comme la seule cause de la maladie, mais plutôt l'interaction entre les micro-organismes et la susceptibilité individuelle de l'enfant ou de l'adulte. Voir les travaux de Golden sur plus de 25 ans avec l'homéoprophylaxie appliquée aux enfants (Golden, 2013).

Fournier (2016) a recensé le travail des homéopathes face aux MI depuis le XIX^{ème} siècle et a documenté des milliers de cas traités par les homéopathes depuis 1831 avec des nosodes. Pour la variole⁷¹, la diphtérie⁷², ces PDLS faisaient à la fois de l'homéoprophylaxie⁷³ et le traitement de la maladie, en plus de traiter les suites de la vaccination (Chavanon, 1928, 1930; Eaton, 1902; Eizayaga, 1985; Patterson et Boyd, 1941). Dès 1950, avant l'arrivée du vaccin contre la polio, les homéopathes de nombreux pays ont traité la poliomyélite (Currim, 1996; Eisfelder, 1961; Eizayaga, 1991; Taylor-Smith, 1950). Plus récemment, leur travail a été documenté pour la méningite au Brésil en 1998 (Mroninski *et al.*, 2001) et la leptospirose à Cuba en 2007 (Bracho *et al.*, 2010), où des milliers de personnes ont reçu en prophylaxie, un nosode homéopathique lors de ces épidémies, car il n'y avait pas de vaccin conventionnel disponible. Les homéopathes traitent aujourd'hui les suites de vaccination (Albillo, 1997; Mora, 1997; Smits, 2001), comme on le faisait déjà au XIX^{ème} siècle, soit les symptômes engendrés par les vaccins (Burnett, 1884). Il s'y ajoute aussi des observations liées au déplacement de maladies supprimées (Hubbard, 1966; Hahnemann, 1832; Teixeira, 2002). Des recherches se poursuivent aujourd'hui sur l'homéoprophylaxie (Bracho *et al.*, 2010; Claudia *et al.*, 2012; Golden, 2004; Golden et Bracho, 2014; Lyrio *et al.*, 2011; Shah, 2013, 2014, 2015; The Hindu, 2012) mais elles dérangent et ont peu de visibilité.

Cette réalité nous informe sur le travail de ces PDLS et explique en partie la position particulière que peuvent avoir ces derniers-ères face aux MI et à la vaccination. Dans

⁷¹ Pour la variole, les homéopathes ont expérimenté et donné le nosode *Variolinum* (ou *Variolicum*) avec succès dès 1833 (Bätzendorf, 1834; Bethmann, 1834; Gross, 1834; Woodhull Eaton, 1907).

⁷² Les documents sur les cas de diphtérie entre 1862 et 1864 dans le comté de Broome à New York, montrent un taux de mortalité par les soins conventionnels de 83,6 % et de 16,4 % par soins homéopathiques (Fournier, 2016).

⁷³ Contrairement à ce qui est souvent mentionné, il n'existe pas de « vaccins homéopathiques ». Déjà en 1884, Burnett faisait clairement la distinction en disant « homeopathy is a system of *curing* – *similia similibus* curantur – whereas vaccination is not a curative measure at all, but a *preventive one*. And since prevention is, admittedly, *better* than cure, it must follow that it cannot be the *same*; therefore, vaccination is not homoeopathy... [but] termed *homoeoprophylaxis* » (: 97).

une société qui met de l'avant uniquement le vaccin comme réponse aux MI et à leur prévention, rejetant l'utilisation de tout autre outil thérapeutique, le travail des homéopathes en prophylaxie représente une menace aux taux de couverture vaccinale, si on se réfère aux sorties médiatiques (Branswell, 2015; Kunzler et Caplan, 2013; Santé Canada, 2013; Weeks, 2013) dont celle des pédiatres (Rieder et Robinson, 2015) et au récent changement d'étiquetage des remèdes homéopathiques qui en a résulté (Santé Canada, 2015). Sachant qu'environ 1% des enfants seulement ne sont pas vaccinés au Québec (Boulianne *et al.*, 2015), et considérant que les homéopathes utilisent dans toute leur pratique 1,19 % de nosodes dits « vaccinaux », dont seulement une partie vise les MI (ECCH, 2008; VKHD, 2006), et qu'environ 10 % de la population canadienne a recours à l'homéopathie ou à un-e homéopathe (Millar, 2001), ces nosodes concerneraient un pourcentage infime touchant les Canadiens et Canadiennes.

Bien des études qui examinent l'attitude et la perception des médecins face à la vaccination les comparent particulièrement à celles des homéopathes (Dietz et Jacobs, 1997; Lehrke *et al.*, 2001; Wolff, 1996). En Europe, les homéopathes, médecins et non médecins, sont généralement reconnus-es pour être critiques face à la vaccination (Ernst, 1997; Schmidt et Ernst, 2002; Schmidt et Ernst, 2003). Mais en vérité, leurs arguments sont similaires à ceux de leurs collègues du milieu conventionnel et favorisent en général le calendrier de vaccination (Frank, 2002; Wolff, 1996). Les seules différences, peut-être, se situent dans leur façon spécifique de traiter les effets secondaires de la vaccination (Burnett, 1884; Smits, 2001) et dans leur pratique d'administration et de sélection de la vaccination. Toujours en Europe, les médecins homéopathes ont tendance à traiter les maladies infectieuses de l'enfant avec principalement des remèdes homéopathiques et à administrer les vaccins du calendrier vaccinal de manière individualisée, en leur donnant une hiérarchie spécifique. Les vaccins habituels contre le tétanos, la diphtérie et la poliomyélite sont appliqués à peu près au même degré que par leurs collègues allopathes. Les vaccins

contre les maladies infantiles bénignes (par exemple la varicelle), la vaccination chez les sujets à risque et les vaccins jugés inefficaces dans les écrits (comme celui contre la grippe) sont appliqués avec plus de retenue par les homéopathes médecins (Choffat, 2001; Lehrke *et al.*, 2001; Teut *et al.*, 2010).

L'étude allemande de Schmidt *et al.* (2010) semble confirmer les résultats d'autres études : les pédiatres qui utilisent des pratiques non conventionnelles comme l'homéopathie ne sont pas opposés à la vaccination en général et suivent les recommandations officielles en les ajustant. Comme les infirmiers-ères, les homéopathes ne sont pas non plus systématiquement contre la vaccination mais plusieurs reconnaissent et recensent les effets secondaires (Wolff, 1996). Dans les faits, le traitement des complications ou des suites de vaccination (appelée aussi vaccinose) (Albillo, 1997; Burnett, 1884; Mora i Brugués et Uriarte, 1994) est une grande part de la pratique des homéopathes. L'enquête de Dietz et Jacobs (1997) montre aussi que 75 % des praticiens-nes affirmaient que les enfants vaccinés étaient plus susceptibles d'avoir des épisodes d'otites moyennes que les enfants non vaccinés. Le concept de vaccinose rejoint les études de plus en plus nombreuses en MC sur les maladies autoimmunes suite à la vaccination (Shoenfeld et Aron-Maor, 2000; Shoenfeld *et al.*, 2015).

Également, informer les parents des avantages et des risques potentiels de la vaccination est considéré comme un geste très important et, pour certains-nes, l'hétérodoxie se résume à une adaptation de ces recommandations officielles. L'étude de Frank (2002) en Allemagne, quant à elle, a montré que l'opinion des homéopathes-médecins est ambiguë car elle traduit à la fois le bénéfice médical des vaccinations, la crainte des conséquences néfastes des vaccinations chez les enfants et le risque de poursuites pour faute professionnelle dans le cas où les patients non vaccinés auraient une maladie grave. La majorité des répondants-tes laissent la décision de la vaccination aux parents à travers le processus de consultation, de réflexion et

d'information.

S'il existe un portrait assez précis sur les pratiques des homéopathes européens, c'est parce qu'ils-elles publient sur la question. Nous savons toutefois très peu de choses sur l'attitude des homéopathes du Québec face à la vaccination, ce qui explique aussi leur inclusion dans notre étude.

Les sages-femmes

L'histoire des sages-femmes du Québec se déploie au XVII^{ème} siècle dès le début de la colonisation française au Canada, bien que ces accoucheuses existent parmi les populations autochtones bien avant la colonisation, sans être reconnues. En 1691, l'État intervient dans le domaine de la santé au Canada et départage le champ de pratique de la médecine en trois disciplines distinctes et autonomes, celles des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes (UQTR, 2016). Aujourd'hui, avec un nombre croissant de grossesses et d'accouchements menés par les sages-femmes partout dans le monde, certains-nes se questionnent sur leurs attitudes et leurs pratiques en matière de vaccination et leur attribuent même des croyances négatives sur le sujet (Jelleyman et Ure, 2004; Lee *et al.*, 2005). Au Québec en 2006, 2,1 % des accoucheurs-euses étaient des sages-femmes et en 2009, 1,9 % des naissances au Québec ont été assistées par elles (Dubé *et al.*, 2013c).

En France, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé depuis 2005 (Ordre des Sages-Femmes conseil national, 2014). Pour leur part, les sages-femmes québécoises peuvent prescrire la vaccination et vacciner contre l'hépatite B (l'enfant) et le RRO (la mère) depuis 2008 (Dubé *et al.*, 2013b; Éditeur du Québec, 2014). Il est important de noter que, malgré le fait que les sages-femmes soient autorisées à administrer des vaccins, la plupart des Maisons des Naissances ne gardent pas de vaccins dans leurs locaux.

Aussi, le suivi des sages-femmes auprès des mères se termine à 6 semaines de post-partum, soit juste avant la première visite de vaccination prévue à 8 semaines (Dubé *et al.*, 2013c). On s'intéresse par conséquent à l'information que ces PDLS donnent aux nouveaux parents, autant sur les risques de MI que ceux des MAPI (Hackley, 2002).

Les travaux de Hamilton *et al.* (2004) de Nouvelle-Zélande, où la pratique des sages-femmes est bien établie, confirment les conclusions d'une étude nationale qui a révélé que 61 % des mères qui choisissent une sage-femme avait discuté avec elle de la vaccination, seulement 20 % des femmes qui accouchent avec un-e spécialiste en avaient discuté avec lui-elle, mais que 81 % des femmes qui ont des médecins généralistes pour leur accouchement avaient discuté de vaccination avec eux-elles. L'étude de Dubé (*et al.*, 2013c : 37) révèle que « la plupart des sages-femmes disaient discuter de la vaccination presque systématiquement avec les parents, généralement vers la fin du suivi postnatal, qui se termine à six semaines ».

Des études faites récemment au Québec (Dubé *et al.*, 2013b; Dubé *et al.*, 2013c; Sauvageau *et al.*, 2012; Vivion *et al.*, 2011; Vivion, 2013) montrent l'intérêt porté par la SP sur l'influence et le rôle des sages-femmes sur la couverture vaccinale des enfants. En effet, selon certaines études canadiennes (Boulianne *et al.*, 2011; Gallagher *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2009; Zhang *et al.*, 2008), le recours à une sage-femme est associé à un statut vaccinal incomplet chez l'enfant. Il semble que l'importance qu'un enfant reçoive tous les vaccins recommandés dépendrait de certaines circonstances (voyages touristiques dans certains pays, Centres de la petite enfance, allaitement, état de santé) (Sauvageau *et al.*, 2012). « Outre la législation qui encadre la pratique sage-femme, il est apparu que cette dernière est fortement ancrée dans la philosophie sage-femme » (Dubé *et al.*, 2013b : 35). Pour respecter le principe de choix éclairé (participation informée des femmes aux décisions les concernant) qui fait partie de cette philosophie, les sages-femmes présentent les avantages et les

inconvenients « de la vaccination en s'appuyant sur la documentation gouvernementale et la documentation alternative » (Dubé *et al.*, 2013b : 35). Les arguments présentés contre la vaccination sont en lien avec le calendrier de vaccination débutant, selon elles, trop tôt, les vaccins combinés et l'absence de possibilité d'en choisir certains, ainsi que « les craintes liées aux manifestations cliniques inhabituelles ou indésirables (douleur) » (Vivion *et al.*, 2011). Plusieurs sages-femmes dans ces études ont souligné le fait qu'il était difficile de trouver de l'information nuancée sur la vaccination (Dubé *et al.*, 2013b; Vivion *et al.*, 2011).

Une seule étude faite exclusivement sur les sages-femmes du Québec a été réalisée (Sauvageau *et al.*, 2014). On y dit que :

Les sages-femmes accordent de l'importance aux approches nuancées et une volonté d'être critique par rapport aux soins proposés. C'est pourquoi elles utilisent différentes sources d'information pour se forger une opinion. Il peut s'agir de sources issues des autorités de santé publique ou bien de médecines dites alternatives. Cette volonté ne se limite pas au seul champ de la vaccination. On remarque également que certaines sages-femmes remettent en question d'autres interventions telles l'échographie et l'amniocentèse et prônent une utilisation judicieuse des technologies. Ainsi, lorsque certaines sages-femmes favorisent une « vaccination à la carte », ou remettent en question différents aspects du programme québécois de vaccination (début à 2 mois, vaccins combinés, etc.), cela s'inscrit dans un contexte plus large d'une remise en question de la médecine dite traditionnelle. (: 73)

Il est noté que « dans un souci de donner une information nuancée, certaines suggéraient aux parents de prendre rendez-vous avec un homéopathe pour en discuter » (*Ibid* : 42).

Quant à leur intention de se faire vacciner contre la grippe, une étude sur l'attitude des sages-femmes ontariennes face à cette vaccination (Lee *et al.*, 2005) a trouvé qu'une faible majorité (55,9 %) était en faveur de la vaccination en général et seulement 26,9 % a déclaré avoir reçu le vaccin antigrippal de la saison précédente

(contre 60 % de tous-tes les travailleurs-ses de la santé en Ontario). Dans l'ensemble, seulement 37 % pensent que le vaccin antigrippal est efficace et 22 % pensent que le vaccin était un plus grand risque que la grippe. De plus, le vaccin contre la rubéole (pour la mère) semble être considéré comme utile et important par les sages-femmes (Dubé *et al.*, 2013c). Comme pour les infirmiers-ères, les autorités de SP concluent en un manque de connaissance et de formation des sages-femmes sur la vaccination, face à leur difficulté à en faire la promotion (Dubé *et al.*, 2013c), comme il est noté ailleurs dans le monde (Robbins *et al.*, 2011). Mais qu'en est-il ?

En fait, à travers cette recension des écrits, nous nous demandons si les PDLs formulent en général davantage d'inquiétudes face à la vaccination ou d'opposition ? Qu'est-ce qui les amène à être critiques de cette intervention médicale ? Nous avons peu d'informations sur leur point de vue et sur les facteurs qui participent à la construction de leurs discours hétérodoxes à l'égard des vaccins. C'est, entre autres, ce que nous avons voulu savoir.

1.2.5 Conclusion

Les sociétés contemporaines sont de plus en plus préoccupées par les questions de santé publique nourries par l'idéologie du risque (Beck, 2003) en santé. Dans cette perspective, tout le débat sur la vaccination de masse dans les pays industrialisés, ses bénéfices et ses risques, nous force à prendre en compte l'étendue des enjeux de cette importante question révélée, entre autres, par certains événements des dernières années (crise de la grippe A H1N1, pénurie du vaccin DCT sans adjuvant, controverse sur le vaccin anti-VPH).

Nous avons présenté l'état des connaissances en deux parties. D'abord, la première partie nous a permis de dresser un tableau relativement complet des arguments

opposés au sein du débat. Ensuite, à travers une histoire plus rarement racontée sur la construction de cet objet vaccinal, aux côtés de l'essor du pouvoir médical et de toutes les dimensions qui constituent le vaccin, nous distinguons la complexité de son statut singulier. Comme pour tous les pays industrialisés, le vaccin est devenu incontournable; il est désormais un outil qui va bien au-delà d'un simple biomédicament de prévention et présente de plus un enjeu de pouvoir à la fois social, politique et économique. La recension des écrits met en lumière la rencontre de plusieurs acteurs puissants qui préconisent des programmes de vaccination de plus en plus nombreux et cela, malgré les nombreuses inquiétudes exprimées.

La deuxième partie de la recension des écrits a révélé, entre autres, que de nombreuses PDLs, comme une portion de la population, sont aussi hésitantes face aux vaccins. Pour les autorités de SP qui visent l'augmentation des couvertures vaccinales, comme l'INSPQ ou le groupe SAGE-OMS, cela signifie que ces PDLs seront de ce fait moins susceptibles de dissiper les inquiétudes et les doutes de leurs patients sur la vaccination. Cette réticence, considérée *a priori* injustifiée, est perçue dans le discours orthodoxe comme étant un obstacle majeur à la lutte pour le contrôle des MI.

Par conséquent, la recension pour cette thèse nous amène à constater que les études, toutes disciplines confondues, ont en très grande majorité un biais vaccinaliste, c'est-à-dire qu'elles ont comme objectif principal d'augmenter l'observance de la population aux programmes de vaccination en « diagnostiquant » le phénomène de l'hésitation à l'égard des vaccins, en ciblant ses déterminants et en développant des outils pour la contrer. Plusieurs études de la SP sur l'attitude des PDLs hésitantes face à la vaccination soutiennent que ce sont de « fausses croyances » ou un manque de connaissances qui les amènent à être critiques ou inquiets-ètes de la vaccination. Ils-elles n'auraient pas « la bonne science ». Mais qu'en est-il vraiment?

Au Québec comme ailleurs, il semble que le discours dominant vaccinaliste, bien

qu'il tente de cartographier les raisons de l'hésitation de ces PDLS, ne considère pas les motifs ou le contenu de cette hésitation. D'un point de vue féministe, cette recension permet de percevoir la présence d'enjeux de pouvoir, une attitude paternaliste de la part des autorités de SP envers les PDLS et les biais sexistes qui ont participé à la construction des connaissances sur l'hésitation à la vaccination. Cette attitude se confirme par la présence d'études et d'outils développés en ayant comme seul objectif de convaincre les PDLS inquiets-tes du non-fondé de leurs doutes sur les vaccins. Puisque l'objectif est que le message des PDLS soit sans équivoque en faveur de la vaccination, les autorités de SP ne semblent donc pas prendre en compte les inquiétudes ou l'expertise acquise des PDLS sur le terrain, ni inclure l'apport possible d'autres types de connaissances ou de savoir faire qui peuvent s'avérer justes ou dignes d'un questionnement scientifique sur le sujet de la vaccination et de sa pratique. Nous croyons au contraire que ces voix hétérodoxes doivent être entendues car nous notons un manque de connaissances à propos du contenu de ces discours.

Notre recherche vise justement à documenter et analyser le contenu du discours hétérodoxe de PDLS au Québec qui ont des critiques à l'égard des vaccins donnés aux enfants. La polarisation du débat, tout autant que la difficulté dans notre société à exprimer des doutes à ce sujet sans être qualifié d'antivaccinaliste, nous amènent à examiner la vaccination sous un angle rarement abordé. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de mieux comprendre l'expérience de ces PDLS et notre thèse propose de révéler ces points de vue afin de contribuer à faire avancer les connaissances sur la vaccination ainsi que l'état du débat actuel. Nous présenterons, en troisième partie, la question de recherche, nos objectifs, la pertinence du projet et les défis à relever.

1.3 TROISIÈME PARTIE

1.3.1 Question et objectifs de recherche

La question de recherche à l'origine de cette thèse est la suivante : « Quel est le contenu des discours hétérodoxes sur la vaccination infantile portés par des infirmières, sages-femmes, homéopathes et médecins ? ». Nous nous demandons, en outre, pourquoi est-ce un sujet qui semble tabou ? Notre étude propose d'enrichir, à l'aide d'une critique féministe des sciences, le savoir sur la vaccination et sa pratique au Québec en faisant connaître, dans leur complexité et leur spécificité, les arguments contenus dans les discours critiques sur la vaccination infantile de ces femmes professionnelles de la santé (PDLS). Nous nous intéresserons aussi aux obstacles que ces intervenantes rencontrent lorsqu'elles veulent parler de cet aspect de leur pratique.

Notre objectif principal est donc de documenter les discours critiques des PDLS face au calendrier vaccinale infantile. Notre recension a mis en lumière le fait que la santé publique perçoit les discours hétérodoxes des PDLS principalement comme une réticence face à la vaccination. Est-ce vraiment le cas ? S'agit-il de divergence, d'inquiétude, de refus, d'antivaccinalisme, de remise en question sur un domaine spécifique de la vaccination, sur certains ou tous les vaccins, d'un intérêt pour d'autres savoirs touchant la prophylaxie, ou d'une critique générale de la médecine ou de la science ? Une première piste de recherche est d'arriver à comprendre l'expérience et les choix que font des PDLS ayant un discours hétérodoxe face à la vaccination infantile et saisir le sens de leurs inquiétudes et de leurs critiques.

Le deuxième objectif est de révéler les savoirs portés par des PDLS, que nous appelons des savoirs interdits (ou non-dits), qui pourraient servir à la production et à l'enrichissement des connaissances sur la vaccination. D'une part, les PDLS au

Québec se questionnent sur la vaccination à cause des effets indésirables dont ils-elles sont les témoins principaux sur le terrain et de la charge croissante du calendrier vaccinal. D'autre part, notre recension a démontré qu'un débat autour de la vaccination n'est pas possible, ce qui laisse croire que cette pratique médicale suit peut-être une logique politique et économique, autant que scientifique. Il sera donc question de dresser un tableau des connaissances alternatives et de l'expérience des PDLS sur ce sujet. Les discours hétérodoxes sur la vaccination infantile semblent être occultés, d'où l'importance de tenir compte de ces savoirs interdits et de comprendre les raisons qui font de la critique vaccinale, un sujet tabou.

Notre troisième objectif vise, en faisant entendre les diverses voix des PDLS et avec une mise en commun de leurs savoirs, à identifier les divergences et les convergences afin d'ouvrir un débat d'idées sur les vaccins et la pratique vaccinale pour tenter de dépoliariser la controverse.

Nous emprunterons la méthodologie de théorisation ancrée, exposée au chapitre III, pour tenter de répondre à notre question de recherche et à nos objectifs.

1.3.2 Pertinence du projet de thèse

Le discours dominant sur la vaccination allègue que cette dernière est l'une des plus grandes réalisations de la SP et représente un médicament essentiel de prévention pour les soins de santé primaires. Cette affirmation rend presque impossible toute pensée subversive ou marginale au sujet de la vaccination. Fait parlant, les écrits sont très abondants, comme nous l'avons vu, sur le sujet de la réticence et de l'observance de la population ou de PDLS face à la vaccination et sur les groupes favorables au libre choix. Toutefois, le contenu des discours hétérodoxes des PDLS est très peu documenté car les études à leur sujet semblent avoir un biais vaccinaliste qui ne

considère pas leur discours comme une critique savante. Pourtant, s'il existe peu d'hésitation à la vaccination de la part de la population au Québec (seulement 1 % à 2 % des enfants ne sont pas vaccinés), les PDLS semblent plus nombreux-ses à se questionner à son sujet.

Nous nous demandons pourquoi un certain nombre de PDLS (incluant des vaccinateurs-trices) québécois-ses, les plus éduqués-ées et informés-ées, s'inquiètent-ils-elles à son sujet ? Et pourquoi présume-t-on que leur critique face à la vaccination vient d'un manque d'information ou des lacunes dans leurs connaissances, plutôt que d'un savoir différent et complémentaire, qui pourrait être utile à l'avancement des connaissances sur les vaccins ? Ces PDLS ne prennent peut-être pas parti contre cette technologie médicale, mais plutôt pour leur environnement, pour la sécurité des enfants ou pour une pluralité médicale. Nulle part avons nous noté un intérêt ou une prise en compte de leur point de vue pour amorcer une telle discussion et c'est ce qui a inspiré notre démarche et notre volonté de valoriser des savoirs ignorés en amenant le débat au-delà de sa polarisation « pro ou anti » vaccination qui paralyse actuellement toute tentative de dialogue.

Notre thèse aborde aussi une question très peu traitée au Québec, contrairement à ailleurs dans le monde, soit celle qui touche l'intérêt de PDLS pour d'autres pratiques médicales, par exemple l'homéopathie, comme possible outil thérapeutique capable de répondre à des besoins de santé. Par ailleurs, les homéopathes, jamais consultés-ées, ne sont pas inclus-ses à ce titre dans les études de la SP bien qu'on y mentionne souvent l'homéopathie comme outil thérapeutique adopté par certains-nes PDSL.

Ce projet de thèse est imprégné d'une volonté critique et émancipatoire d'abord parce qu'il aborde la question des savoirs interdits en médecine dans une société où règne l'hégémonie biomédicale et qu'il vise une compréhension alternative du phénomène de l'hésitation à la vaccination et du vaccin comme objet politique. Nous souhaitons

examiner l'utilité de mettre en lumière d'autres domaines de notre société qui sont aliénés. Nous voudrions donc comprendre pourquoi, pour qui et contre qui, en se fondant sur quels savoirs et en dépit de quels savoirs, critiquer la vaccination semble être un sujet tabou qui, en l'absence de débat public et gardé dans une boîte noire (Latour, 1989), risque de participer à un trouble plus profond qui pourrait affecter les citoyens-nes et peut-être des générations à venir.

De plus, dans une perspective féministe, il nous paraît essentiel de reconnaître la disqualification des savoirs hétérodoxes (souvent celui des femmes et des groupes minorisés). Smith (1986) parlait du développement d'une sociologie du point de vue des femmes afin que cette discipline conduise à des approches différentes des objets habituels. En reprenant les propos de Beauregard et De Koninck (1991 : 6), nous croyons qu'« une redéfinition essentielle du champ de la science en santé à partir de perspectives différentes doit (...) s'aligner sur deux fronts : un développement des connaissances trouvant ses sources dans une autre façon d'élaborer les connaissances elles-mêmes et la reconnaissance d'un statut au savoir déjà existant. Le recours à l'expérience et à la quotidienneté [ici, des PDLs] comme fondement pour faire avancer la compréhension de notre monde, mis de l'avant en méthodologie féministe trouve certes là un lieu privilégié d'application », et peut permettre la reconnaissance de leur contribution à la santé des populations.

1.3.3 Défis liés à l'objet d'étude

Cette thèse présente au moins trois défis importants. D'abord, trouver des PDLs qui voudront parler de leur position hétérodoxe face à la vaccination dans un contexte qui ne prête pas à ce genre de critique au Québec et qui peut même parfois amener à l'exclusion. C'est aussi un sujet qui peut même nuire à la publication (Kempner, 2008).

Ensuite, il s'agit d'arriver à comprendre la complexité des différents discours hétérodoxes, de les mettre en commun et d'y saisir des caractéristiques générales, puisque les quatre groupes de PDLS étudiés ont des positions sociales, politiques et professionnelles très différentes.

Finalement, il nous semble difficile de surmonter les préjugés qui existent face au recours aux MNC, particulièrement la médecine homéopathique ou aux positions alternatives sur la santé et la maladie, comme celles recensées dans les études où certains-nes PDLS sont critiques de la vaccination (Dionne *et al.*, 2001), sans risquer d'emblée la discréditation. Étant de l'ordre des savoirs interdits, ces points de vue alternatifs et ces pratiques sont utilisés majoritairement par des femmes. Voilà pourquoi, nous adoptons une perspective féministe critique de la science qui valorise ces savoirs pour étudier les discours hétérodoxes de PDLS face à la vaccination infantile.

CHAPITRE II

CONCEPTS THÉORIQUES

« Il existe de multiples conceptions de la santé. Des savoirs différents ont de tout temps côtoyé les savoirs légitimes ou admis. Les féministes ont toujours joué un rôle important au sein des mouvements de contestation de l'approche biomédicale» (RQASF, 2008).

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons à l'expérience de diverses professionnelles de la santé (PDLs) qui ont un savoir différent et un discours critique sur la vaccination infantile, mais surtout au contenu de ce discours hétérodoxe et aux possibles raisons de son interdiction.

Ce second chapitre a pour objet d'exposer successivement les aspects épistémologique, paradigmatique et théorique qui sous-tendent notre recherche. Nous décrirons d'abord le paradigme constructiviste et les raisons de son adoption. Malgré notre choix de la méthode d'analyse par théorisation ancrée, une méthode parfois controversée⁷⁴ (Luckerhoff et Guillemette, 2012), nous ne pouvons faire abstraction des perspectives théoriques importantes qui nourrissent notre réflexion. Nous les proposons en rappelant qu'elles seront utilisées avec beaucoup de souplesse pour examiner et analyser les phénomènes à l'étude, tout en permettant l'émergence de

⁷⁴ « La notion de construction de théories n'est pas nouvelle. Ce qui est nouveau, c'est la controverse que cette méthodologie suscite. D'aucuns lui reprochent son manque de structure et soutiennent qu'elle n'a pas sa place en recherche, d'autres l'accusent d'être trop structurée et trop postpositiviste pour être légitime, et soulignent son manque d'à-propos dans sa structure actuelle. Toute méthode fait l'objet de critiques. Mais les critiques les plus sévères formulées à l'endroit de la MTE [méthodologie de la théorisation enracinée] proviennent du milieu de la recherche quantitative. Il ne fait aucun doute que l'approche méthodologique proposée par la MTE va à l'encontre de la vision dominante de la science, celle qui est fondée sur le raisonnement logico-déductif » (Luckerhoff et Guillemette, 2012 : VIII). Nous reviendrons sur la démarche spécifique de cette méthode au Chapitre III.

perspectives nouvelles. « L'essentiel est de bien comprendre que l'émergence n'est jamais pure. On ne peut pas procéder exclusivement par induction; il y a toujours aussi de la déduction dans la « conversation » entre les données de terrain et la sensibilité théorique de l'analyste. Le chercheur ne peut pas se limiter à accueillir ce qui émerge des données » (Guillemette, 2006 : 44).

À l'aide d'une perspective sociologique compréhensive (Weber, 1919), du paradigme constructiviste et d'une épistémologie féministe, nous nous intéresserons particulièrement au sens que les PDLS interrogées donnent à leurs pratiques et aux savoirs qu'elles possèdent, nous permettant de conceptualiser leur expérience et leurs discours hétérodoxes sur la vaccination qui sont des discours cachés, ignorés : des savoirs interdits (ou « savoirs non-dits »). Après avoir d'abord apporté une précision (2.1) sur le choix du vocabulaire, nous aborderons (2.2) le choix de la posture épistémologique et paradigmatique adoptée. Nous passerons ensuite en revue quelques théories et concepts qui contribuent au fondement de notre étude et qui seront mobilisés pour étudier le contenu des critiques de PDLS sur la vaccination : (2.3) la notion de critique féministe de la science et les théories de l'ignorance (Code, 2007; Perron et Rudge, 2016; Proctor *et al.*, 2008; Tuana, 2004, 2006) qui permettent de questionner le statut hégémonique du savoir médical; (2.4) la notion de savoirs interdits (Gross, 2007; Kempner *et al.*, 2011) dont relèvent les discours hétérodoxes des PDLS qui participent à la déconstruction d'un certain savoir médical orthodoxe sur la vaccination infantile; et enfin (2.5) l'injustice épistémique (Fricker, 2007), une notion liée au statut de l'expert-e (il)légitime.

Le savoir est habituellement décrit comme un « ensemble de connaissances ou d'aptitudes reproductibles, acquises par l'étude ou l'expérience⁷⁵ ». C'est donc le contraire d'ignorer. La connaissance est indissociable d'un sujet connaissant, qui est

⁷⁵ *Op. cit.* <http://www.cnrtl.fr/definition>

celui ou celle qui sait quelque chose. On peut souligner deux postures épistémologiques sur la connaissance. Celle du positivisme qui considère la valeur de vérité des connaissances représentant la réalité comme étant indépendante de la volonté des êtres humains. La posture constructiviste, selon Kant, considère la connaissance comme le produit de l'entendement humain (Guba et Lincoln, 1989). celle que nous adopterons.

Le savoir sert à former entre autres, des citoyens et citoyennes libres, autonomes de leurs actions comme de leurs pensées et capables de faire des choix éclairés. Le savoir devient un enjeu quand il est contrôlé par le marché, par le politique ou par une pensée hégémonique, une pensée unique. Le discours social d'une époque est organisé en secteurs canoniques, en normes reconnues. Angenot (1989 : 22) appelle « *effet d'hégémonie* ce qui rend toujours insatisfaisants, inadéquats, problématiques, un peu ridicules aussi, les langages des périphéries ». À quels types de savoirs sur la vaccination avons-nous accès à travers les différents discours des PDLS, quelles sont les approches concurrentes au savoir hégémonique sur la vaccination infantile ? Comment rendre ces savoirs hétérodoxes, périphériques, et tout aussi légitimes selon nous, plus accessibles ?

Déconstruire un savoir, une « méthode d'interrogation d'une évidence sociale » (Parini et Manidi, 2001 : 84) par laquelle une personne vise à modifier le sens accordé à des catégories de pensée et à des catégories sociales, est une « contribution aux modifications du sens donné aux catégories elles-mêmes et aux relations qu'elles entretiennent entre elles » (*Ibid* : 85). C'est une « activité argumentative » de l'ordre du contre-discours (ou discours hétérodoxe) qui opère une rupture à propos d'un objet par un mouvement de la pensée. Elle permet de revisiter les savoirs officiels, de valoriser une diversité de savoirs et de diffuser des discours subversifs (Rail, 2009).

2.1 Le discours hétérodoxe : choix du vocabulaire

Dans *L'ordre du discours*, Foucault (1971) analyse les procédures de contrôle et de restriction des énoncés qui définissent ce qui est « pensable et exprimable » dans les sociétés contemporaines. Selon lui « dans toute société la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité » (: 10-11). Il privilégie la dimension dans laquelle les discours sont contrôlés et reconnus en fonction d'une norme valable à un moment donné. Il s'agit de reconnaître les procédures de contrôle externes comme celles qui fonctionnent par l'interdit. « On sait bien qu'on n'a pas le droit de tout dire, qu'on ne peut pas parler de tout dans n'importe quelle circonstance, que n'importe qui enfin, ne peut pas parler de n'importe quoi. Tabou de l'objet, rituel de la circonstance, droit privilégié ou exclusif du sujet qui parle » (Foucault, 1971 : 12).

Dans ce travail, l'importance des discours subversifs dans un champ de la santé publique qui est celui de la vaccination infantile, est mise en lumière. Quant au contenu de ces discours critiques sur la vaccination exprimés par les PDLS, s'agit-il de divergence, de résistance, d'oppositon, de refus, ou encore d'ignorance et de fausses croyances comme le prétendent les études sur le sujet ou les constats et recommandations de la SP ? Ou bien s'agit-il plutôt d'hétérodoxie ? Notre recension semble déjà démontrer des nuances importantes dans les discours critiques de divers groupes de PDLS étudiés. Nous choisirons le mot « hétérodoxe » pour qualifier les discours critiques sur la vaccination infantile car le discours hétérodoxe qualifie celui ou celle qui « ne se conforme pas aux opinions, aux idées traditionnelles ou communément admises dans un domaine donné »⁷⁶. Mais nous utiliserons à

⁷⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), 2012, <http://www.cnrtl.fr/>

l'occasion le terme « dissident » qui indique une « personne qui cesse d'adhérer à l'idéologie dominante, au système politique et social en place », elle est davantage en désaccord. Notre recension a démontré que le discours des PDLS comporte probablement plusieurs types de critiques. Ces personnes ne sont peut-être pas catégoriquement contre la vaccination mais s'inquiètent plutôt de certains de ses aspects. C'est ce que nous verrons.

Si l'on retient une des propriétés d'un champ scientifique, on peut dire qu'il réside « dans le fait qu'il enferme de l'impensable, c'est-à-dire des choses qu'on ne discute même pas. Il y a 'l'orthodoxie' (ce qui est considéré comme norme de la vérité) et 'l'hétérodoxie' (qui a une croyance autre qu'il ne convient), mais il y a aussi la doxa, c'est-à-dire tout l'ensemble de ce qui est admis comme allant de soi » (Bourdieu, 1984 : 83).

Le champ de discussion que dessinent, par leurs luttes, l'orthodoxie et l'hétérodoxie se découpe sur le fond du champ de la doxa, ensemble des présupposés que les antagonistes admettent comme allant de soi, en deçà de toute discussion, parce qu'ils constituent la condition tacite de la discussion : la censure qu'exerce l'orthodoxie – et que dénonce l'hétérodoxie –, cache une censure plus radicale, plus invisible aussi, parce qu'elle est constitutive du fonctionnement même du champ et qu'elle porte sur l'ensemble de ce qui est admis du seul fait de l'appartenance au champ, l'ensemble de ce qui est mis hors de discussion par le fait d'accepter les enjeux de la discussion, c'est-à-dire le consensus sur les objets de dissensus, les intérêts communs qui sont au principe des conflits d'intérêts, tout l'indiscuté et l'impensé tacitement tenus hors des limites de la lutte. (Bourdieu, 1976 :100)

Dans le domaine des sciences, une orthodoxie apparaît quand une théorie ou un paradigme acquiert une place dominante au niveau institutionnel au point de marginaliser les autres. Le paradigme dominant est alors l'ensemble des théories considérées comme les moins mauvaises par une majorité, dans une science donnée et à un instant donné. En première approche, une *hétérodoxie* est alors toute théorie ou tout paradigme qui diffère du paradigme dominant (Miller *et al.*, 2010).

2.2 Le paradigme constructiviste et le cadre épistémologique adopté

Il nous paraît important de mettre de l'avant les fondements philosophiques de notre recherche afin de clarifier les étapes à parcourir, de favoriser la rigueur de la démarche et pour préciser notre position comme chercheure.

La recherche féministe sur le savoir et les soins en santé (Beauregard et De Konick, 1991) est arrivée à déconstruire l'origine des savoirs qui sont jusqu'à présent autorisés et qui se distinguent par la valorisation d'une objectivité réclamée en sciences sociales. Les savoirs autorisés se caractérisent aussi par l'ignorance des connaissances développées par certains groupes sociaux ainsi que la résistance à reconnaître le statut de connaissance au savoir empirique. Une posture féministe permet une remise en question d'un système qui participe aux savoirs interdits et qui a indéniablement dominé dans la production du savoir orthodoxe sur la vaccination. Cette posture nous permet aussi de dévoiler les biais sexistes qui ont construit la connaissance sur l'hésitation à la vaccination, d'utiliser des pratiques de recherche plus appropriées et de tenter de comprendre cette réalité avec plus de rigueur à travers un travail de déconstruction (Harding, 1993; Rail, 2009; Smith 1974). À l'aide de l'épistémologie féministe et de la théorie du point de vue (*standpoint theory*) (Smith, 1987; Hartsock, 1983) dont celle de Haraway (1991) sur la connaissance située, impliquant qu'une épistémologie, une théorie normative de la connaissance, est le produit d'opérations effectuées par des acteurs-trices en contexte et est influencée par des déterminismes historique et socioculturel, il nous est possible d'arriver à mieux analyser la réalité. Ceci nous permet de valoriser la réalité de groupes dominés afin qu'ils acquièrent une capacité d'agir, en mettant en valeur les savoirs différents qui procèdent de leur positionnement spécifique.

Liées à cette posture épistémologique féministe et pour les besoins de notre recherche, nous adopterons un paradigme constructiviste qui considère la réalité

construite par des personnes donnant un sens au monde qui les entoure (Appleton et King, 2002). À partir de cette perspective, le sens est plutôt créé à mesure que les individus interagissent et interprètent l'univers où ils évoluent (Crotty, 1998). Une perspective constructiviste nous permet, dans le contexte de notre objet d'étude, de remettre en cause la croyance selon laquelle il existe une vérité unique et objective qui peut être mesurée ou captée par la recherche (Bryman, 2012), reconnaissant plutôt des réalités multiples : l'expérience de chaque personne et le contexte dans lequel elle se produit deviennent valides et seront incorporés dans la construction qui s'en dégage. Il s'agit pour nous de mettre en lumière les enjeux de pouvoir pour celles-elles qui sont écoutées-ées, crus-es, perçus-es comme crédibles, dont les discours sont perçus comme légitimes, acceptés et dominants dans le domaine de la vaccination. Le paradigme constructiviste a été amplement expliqué par des auteurs-res en référence à la construction du savoir (Denzin et Lincoln, 2003; Guba et Lincoln, 1989; Charmaz, 2008). Il remet en question l'objectivité et la neutralité de la science issue du paradigme positiviste de la recherche conventionnelle, en admettant à la fois le lien entre le-la chercheur-e et le-la participant-e (le sujet connaissant), créant une seule entité interactive, ainsi que la production des résultats de la recherche issue de cette interaction (Guba, 1990). C'est pourquoi, selon Charmaz (2008), la connaissance est une construction sociale et culturelle et le-la chercheur-re doit tenir compte de l'impact de ses hypothèses et ses points de vue sur le processus de recherche afin d'interpréter la complexité des réalités multiples qui sont impliquées.

2.3 Critique féministe de la science

« La sociologie des sciences a montré comment l'image savante, en sélectionnant les perceptions, augmente la visibilité de la nature et définit ce qui devient connaissable. (...) L'ignorance, comme le savoir, se fabrique » (Fressoz, 2012 : 95, 103).

Harding (1991) affirme que ni les hommes ni les femmes ne peuvent vraiment comprendre le monde dans lequel nous vivons, ni prendre de vraies décisions aussi longtemps que les sciences décrivent et expliquent le monde à partir de la perspective des groupes dominants. Ce qu'il y a de distinct dans la recherche féministe, selon cette auteure, ce sont les bases sociales du savoir scientifique; elle soutient de plus que l'expérience sociale des femmes fournit un point de vue unique pour découvrir à la fois le biais sexiste et questionner les revendications conventionnelles sur la nature et la vie sociale. « Quand on regarde les critiques féministes de la science, il faut prendre en considération tout ce que la science ignore, les raisons de ces exclusions et la façon selon laquelle elles forment la science avec leurs absences, reconnues et non reconnues » (Harding, 1991b: 3 *tr. lib*).

Les théoriciennes féministes ont mis en lumière le fait que les standards conventionnels de la « bonne » recherche discriminent ou donnent du pouvoir à des groupes sociaux spécifiques en questionnant les façons dont l'autorité et le pouvoir définissent souvent la réalité : la perspective des décideurs politiques scientifiques (Dagenais, 1987; Harding, 1991b; Smith, 1974, 1986, 1987). Elles ont élucidé le biais et l'absence de neutralité en science, particulièrement en biologie, et ont réussi à élargir et à réinterpréter les postulats centraux des systèmes théoriques conventionnels, en rendant visibles, entre autres, les points de vue féministes, en démontrant que la bonne recherche n'est pas libre ni de la culture, ni des valeurs (Dagenais, 1987; Harding, 1991b). Certaines auteures ont relaté l'évolution de la recherche féministe vers les dimensions plus épistémologiques de la connaissance et ont dénoncé les savoirs occultés, en soulignant la nécessité de redéfinir les institutions (Beauregard et De Konink, 1991).

D'un point de vue épistémologique et méthodologique, le fait de reconnaître l'existence des femmes, ici des PDLs, comme « agentes historiques dotées d'un point de vue particulier sur le social, enracinées dans une expérience spécifique de la vie

quotidienne », va conduire « à conférer une place centrale à l'expérience minoritaire », et mettra l'accent sur « la nature combinée des différentes formes d'oppressions » (Poiret, 2005 : 201-206). Les critiques féministes de la science nous permettent donc de dévoiler les mécanismes qui gardent certains groupes à l'écart de la production du savoir, comme nous croyons l'observer chez les PDLS ayant des discours hétérodoxes sur la vaccination infantile.

Si les sociologues, les philosophes et les historiens-nes des sciences ont tendance à concentrer leur attention sur la production des connaissances, certains-nes d'entre eux-elles ont également contribué indirectement à une remise en question des principes épistémologiques de la méthode scientifique en participant à la compréhension de la science interdite, principalement par le biais de discussions sur le statut épistémique de l'ignorance et de l'incertitude (Frickel *et al.*, 2010). Lorsque les fondements épistémologiques des savoirs sont coupés de leurs racines, les décisions concernant la science et la santé se révèlent être imprégnées de valeurs sociales, de choix normatifs, et deviennent des décisions intéressées (Johnson, 1999). L'épistémologie féministe est donc soucieuse des influences sur nos conceptions du savoir, du sujet connaissant et des pratiques de recherche et de justification. Il faut considérer les controverses : « l'acte de déséquilibrer la pensée a souvent fait progresser notre entendement d'une manière plus efficace que l'acte de la rééquilibrer et les critiques féministes de la science nous indiquent un terrain particulièrement fertile où les catégories de la pensée occidentale ont besoin d'être déséquilibrées » (Harding, 1991 : 4).

2.3.1 Les théories féministes de l'ignorance en santé

La notion d'*ignorance*⁷⁷ est un aspect important mais jusqu'ici peu étudié de l'épistémologie. Ainsi, l'épistémologie traditionnelle n'aurait pas accordé suffisamment d'attention à « l'organisation économique structurelle de la société, ses paradigmes dominants et la cohérence entre ces paradigmes et la méthodologie scientifique » (Martín Alcoff, 2007 : 54 *tr. lib*). L'étude de l'ignorance sert à révéler les multiples dimensions du pouvoir à l'œuvre dans les pratiques du savoir et peut contribuer à clarifier les chevauchements entre les structures et les institutions sociales et politiques ayant de telles pratiques (Sullivan et Tuana, 2007). L'épistémologie féministe de l'ignorance est une des théories du savoir et une clé stratégique du mouvement pour la santé des femmes (Tuana, 2006). Selon Tuana et Sullivan (2006 : 1 *tr. lib*), elle est née du constat que « nous ne pouvons pas comprendre pleinement les pratiques complexes de production de connaissances et la variété de caractéristiques qui expliquent la raison pour laquelle quelque chose est connu, sans aussi comprendre les pratiques qui amènent à *ne pas savoir* ». Les pratiques de l'ignorance semblent étroitement liées aux pratiques d'oppression et d'exclusion. Ce mouvement s'était donc engagé à examiner les savoirs qui avaient été refusés aux femmes et à certains groupes d'hommes (un savoir rendu inaccessible par la professionnalisation de la médecine), à récupérer des savoirs qui avaient été niés ou supprimés, et à développer de nouvelles connaissances libérées des limites des cadres traditionnels (Tuana, 2006).

⁷⁷ L'*agnotologie* est l'étude de la production et du maintien de l'ignorance. Le terme a été inventé par l'historien des sciences Robert N. Proctor en 1992. Il vise la promotion de l'étude de l'ignorance par le développement d'outils permettant de comprendre comment et pourquoi les différentes formes de savoir n'ont pas vu le jour ou sont disparues (ou ont été retardées et négligées) à différents moments de l'histoire (Proctor et Schiebinger, 2008). Nous utiliserons plutôt ici le terme *ignorance* dans le but d'en identifier les différentes formes et d'examiner leur (re)production, leur maintien, ainsi que leur rôle dans les pratiques de la connaissance.

Si nous voulons bien comprendre la complexité des pratiques de production du savoir autour de la vaccination et la variété des facteurs qui expliquent la raison pour laquelle elle est (re)connue, il faut aussi comprendre les pratiques qui expliquent notre manque de connaissances à son sujet. Certaines zones en science ont été soigneusement étudiées tandis que d'autres sont négligées, entre autres parce qu'elles menacent des groupes puissants (Martin, 2011). Selon Tuana (2006), tout comme n'importe quel compte rendu adéquat des connaissances doit inclure plus que la vérité de cette partie du savoir, de même, l'ignorance dans le domaine de la production du savoir est beaucoup plus complexe que simplement quelque chose que nous ne savons pas encore. Par exemple, la persistance d'une controverse sur un sujet en santé (tests de dépistage comme la mammographie ou le PSA, par exemple) n'est souvent pas une conséquence naturelle d'une connaissance incomplète, mais une conséquence politique de choix stratégiques supportés par des experts-tes légitimes, d'une pensée hégémonique ou d'un conflit d'intérêts. La controverse peut même être construite : l'ignorance et l'incertitude peuvent être fabriquées, gérées et diffusées comme le démontrent, par exemple, plusieurs auteurs-res sur la construction du savoir sur le cancer du sein (Fosket, 2004; Gotzsche, 2012; Kasper et Ferguson, 2002; Lantz et Booth, 1998; Ménoret, 2007; Proctor, 1995; Yadlon, 1997).

Nous avons mis en lumière, dans notre recension, l'ampleur du discours orthodoxe sur le présumé manque de connaissances de la part de la population (le modèle de déficit) (Dubé *et al.*, 2011; Hobson-West, 2003; Leach et Fairhead, 2007) et des PDLS qui ont un discours critique sur la vaccination (McCusker *et al.*, 2013; Ofstead *et al.*, 2008; Petrovic *et al.*, 2001). Plutôt que de considérer et de reconnaître les discours hétérodoxes des PDLS comme une source de connaissances, les autorités de SP semblent chercher unilatéralement à convertir et à redresser ce supposé non savoir et ces incertitudes. Il s'agit pour nous de comprendre la complexité de la (non)production du savoir sur les vaccins, la vaccination et ses pratiques, qui semble être à l'origine des inquiétudes et des critiques de PDLS à leur égard.

Tuana (2006) et Martín Alcoff (2007) ont élaboré des taxonomies de l'ignorance. L'ignorance, selon ces auteures, n'est pas, comme on le pense dans le domaine des sciences, typiquement une lacune ou une absence dans le savoir, quelque chose que nous ne connaissons pas encore, mais plutôt une lacune créée volontairement qui se manifeste sous plusieurs formes et croise le pouvoir. Pour ces auteures, l'ignorance, comme le savoir, est située. On retrouve dans cette classification, plusieurs formes d'ignorance qui touchent de près l'expérience des PDLS ayant un discours hétérodoxe sur la vaccination infantile. Il y a l'ignorance résultant des configurations d'intérêts⁷⁸; celle où les expériences et les valeurs d'un groupe sont ignorées dans la production de connaissances⁷⁹, et qui est l'objet des théoriciennes féministes sur la théorie du point de vue; il y a l'ignorance liée au manque d'accès au savoir, aux connaissances jugées dangereuses et interdites à certains groupes de personnes par les structures institutionnelles (Martín Alcoff, 2007), comme le savoir sur des technologies qui sont connues, mais qui est tenu secret soit par sécurité ou en raison d'intérêts commerciaux⁸⁰ (Tuana, 2006). Il y a également une forme d'ignorance volontaire qui atteint ceux et celles qui occupent des postes de pouvoir et de privilèges, l'ignorance auto-induite qui est de ne pas vouloir savoir, et aussi l'ignorance « produite par la construction d'identités épistémiques défavorisées » (Tuana, 2006: 13 *tr. lib*). Ici, ce n'est pas seulement des faits, des pratiques ou des technologies qui ne sont pas (re)connus, mais bien certains individus ou groupes jugés comme « non connaissant » et indignes de confiance quant à certains aspects de leurs connaissances et de leurs pratiques.

⁷⁸ Tuana (2006) donne comme exemple la décision des sociétés pharmaceutiques de considérer la connaissance pourtant positive sur les pilules contraceptives pour les hommes, comme ne valant pas la peine de développer.

⁷⁹ Ici, l'auteure donne comme exemple l'histoire de l'ignorance systématique du monde médical sur la sexualité des femmes et les efforts du mouvement féministe pour la santé des femmes de résister et de transformer les interprétations androcentriques et sexistes sur la sexualité féminine.

⁸⁰ Un exemple frappant est celui de la commercialisation de la pilule contraceptive dans les années 1960. Il y avait eu une compilation de preuves sur les effets secondaires dangereux des contraceptifs oraux bien connus par les entreprises pharmaceutiques et la Food and Drug Administration, mais sur lesquelles les femmes ont été maintenues dans l'ignorance (Seaman, 1995; Tuana, 2006).

Selon Moore et Tumin (1949) l'ignorance est un élément intrinsèque de l'organisation sociale générale qui sert à préserver la position des privilégiés-ées et le statut de l'expert-te. L'ignorance sert à garder des secrets, à éviter la compétition par l'accès restreint à certains savoirs, à renforcer des valeurs traditionnelles et à préserver des stéréotypes. Le rôle dynamique de l'ignorance dans le changement social est donc joué dans la reconnaissance de son existence et dans la formulation de réponses nouvelles. Le savoir des PDLS critiques des vaccins peut-il nous apporter un éclairage sur des formes d'ignorance à propos de la vaccination, si l'on considère leur expertise légitime ?

2.4 Les discours hétérodoxes comme savoir interdit

Qu'est-ce qui explique le choix des autorités pour justifier des décisions en santé publique, le choix de certains domaines de recherche scientifique et technologique et l'exclusion des autres ? Qu'est-ce qui explique la considération ou la discréditation de certains discours scientifiques ou discours d'experts-tes ? Comme le soulignent Beauregard et De Koninck (1991 : 4), « s'il n'est pas facile d'analyser l'ensemble des objets, des concepts, des choix théoriques ayant contribué à la mise en place de la « scientificité » d'un discours donné, on peut cependant souligner qu'en resserrant ses formalisations, un discours scientifique ne se déprend pas pour autant de son rapport à l'idéologie. (...) Vouloir en fait débarrasser une science de son fonctionnement idéologique nécessite que l'on remette en question la manière dont s'est formé le discours qui la supporte ». Il existe de plus en plus de craintes face à la politisation et au contrôle social de la science, la contrainte des conduites, le financement, la publication, l'usage public de la recherche scientifique (Abraham et Davis, 2013; Kempner, 2005; Lundh *et al.*, 2010; Moynihan et Cassels, 2005; Shnier *et al.*, 2016; Vera-Badillo *et al.*, 2013) ainsi que l'existence de savoirs qui sont interdits (Kempner *et al.*, 2011).

Le « savoir interdit » se réfère à toutes connaissances considérées comme trop sensibles, dangereuses, ou taboues pour être produites ou diffusées. Il est pour nous synonyme de tabou. Rappelons que selon Kuhn (1983), le tabou désigne l'inconnu, l'irrationnel et l'incompréhensible. Les tabous sont des « sous-entendus bien compris » ayant une fonction sociale car ils fixent des règles de comportement et en établissent certaines normes sociales (Reimann, 1989). Ces connaissances interdites ont traditionnellement été comprises comme un ensemble de contrôles formels sur ce qui ne devrait pas être connu (Kempner *et al.*, 2011). Aussi, il est démontré que les processus sociaux qui créent des savoirs interdits semblent intégrés dans les pratiques quotidiennes des scientifiques. Certains-nes subissent des pressions telles qu'ils-elles sont encouragés-ées à réévaluer leurs propres pratiques de recherche. L'existence courante de connaissances interdites exige pour les chercheurs-res une réconciliation de la contradiction entre leurs principes et leurs pratiques. (Frickle *et al.*, 2010; Kempner *et al.*, 2011). Il est donc question entre autres de censure, qui est une façon de supprimer la dissidence, mais toute suppression ne prend pas la forme de censure. Par exemple, « des cas manifestes de censure extérieure, qui posent des défis méthodologiques, sont relativement peu problématiques par rapport à l'auto-censure : c'est-à-dire quand les gens consciemment ou inconsciemment décident de ne pas parler en raison des conséquences probables ou parce que leurs croyances sont adaptées à la réalité de ce qui est communément considéré comme autorisé » (Martin, 1999 : 108), comme il semble être le cas pour les PDLS qui ont des inquiétudes et des critiques face à la vaccination.

Les savoirs interdits, les non-savoirs, les savoirs occultés (*forbidden knowledge, non-knowledge, undone science*) (Beauregard et De Koninck, 1991; Kempner *et al.*, 2005, 2011; Frickel *et al.*, 2010; Gross, 2007; Merton, 1949), les savoirs assujettis (Foucault, 1997) ou la production de l'ignorance (Harding, 2006; Merton, 1987; Moore et Tumin, 1949; Tuana, 2006), renvoient à l'idée qu'il y a des choses qui ne devraient pas se savoir. Ces savoirs peuvent être interdits parce qu'ils ne peuvent être

obtenus que par des moyens inacceptables (Johnson, 1999; Walter, 2012), ils peuvent être considérés comme trop dangereux ou ils peuvent être interdits par des autorités religieuses, morales ou profanes. Ces savoirs interdits se réfèrent à des domaines de recherche qui sont laissés incomplets ou plus généralement ignorés, mais que les mouvements sociaux ou des organisations sociales identifient souvent comme étant des sujets dignes de recherche (Martin, 2011). Les savoirs interdits font partie d'une politique plus large de la connaissance, dans laquelle plusieurs groupes luttent pour la construction et la mise en œuvre de programmes de recherche alternatifs. La notion de savoirs interdits peut aider à la compréhension à la fois de la non-production systématique et de la non-reconnaissance de certaines connaissances à l'intérieur de la structure institutionnelle de l'État ou de l'industrie (Frickel *et al.*, 2010).

Les références aux savoirs interdits se trouvent dans les premiers écrits des études des sciences, comme les travaux de Socrate, Galilée, Descartes et Darwin dont les nouvelles formes de connaissances furent d'abord rejetées (Gross, 2007; Kempner *et al.*, 2011). Ce savoir ne pose pas seulement un danger pour l'ordre social, il présente aussi des risques pour son auteur⁸¹. Les risques personnels et les menaces perçues peuvent être des moyens de dissuasion aussi efficaces que des règles officielles. Dans les écrits émergents sur la production sociale de l'ignorance (Martín Alcoff, 2007; Proctor et Schiebinger, 2008; Tuana, 2006), des études ont également examiné entre autres, le rôle de l'État et de l'industrie dans le processus d'invisibilité de certaines connaissances, de par leur production tenue secrète (Barry, 2015; Borch-Jacobsen, 2014; Galison, 2004; Girard, 2011; Trudo *et al.*, 2016; Tomljenovic, 2011).

⁸¹ Après avoir pris connaissance de l'emprisonnement de Galilée, Descartes a choisi de ne pas publier ses travaux (Kempner *et al.*, 2011 : 479).

2.4.1 De la science non faite à la force normative

Plusieurs auteurs-res ont souligné différents types d'ignorances plus contemporains (Code, 2007; Foucault, 1997; Frickel *et al.*, 2010; Harding, 2006; Kempner *et al.*, 2011; Perron et Rudge, 2016). Par exemple, Kuhn a démontré l'existence d'une science « dogmatique empreinte des luttes politiques de la communauté scientifique, elle-même une petite démocratie autonome du monde social et culturel qui l'entoure » (Harding, 2006 : 30 *tr. lib*). De son côté, Foucault (1997) a décrit les formes de connaissances subjuguées (savoirs assujettis) comme étant des types de savoirs représentant des façons de comprendre le monde mais qui sont exclus et considérés comme des savoirs naïfs, hiérarchiquement inférieurs et non scientifiques (Blais, 2006 : 156).

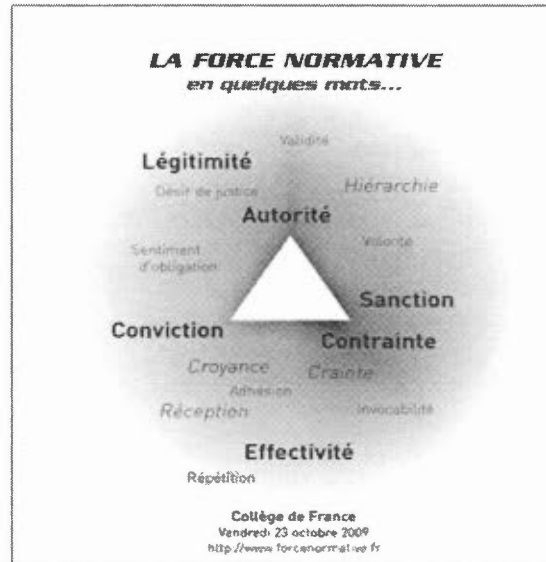
Les savoirs interdits, ignorés, ont comme conséquence ce que Frickel et ses collaborateurs-trices (2010) et Hess (2007) appellent la « science non faite » (*undone science*) pour bien saisir comment la production du savoir est biaisée en faveur du bénéfice des privilégiés : des zones, par exemple, où le financement n'est pas fourni pour recueillir des preuves cruciales pertinentes pour appuyer les allégations avancées ou des domaines de recherche volontairement omis. Pour Knorr Cetina (1999) et Gross (2007), c'est un savoir dangereux produit lorsque l'enquête menace des intérêts puissants. Ces savoirs désignent explicitement les limites normatives du savoir. Ces « ignorances intentionnelles » (Tuana, 2006) soulignent « comment les contraintes institutionnelles, politiques, économiques et culturelles créent des lacunes dans ce que nous savons et ce que nous choisissons d'accepter comme savoir. L'absence de connaissances devient alors le résultat de forces structurelles et culturelles » (Kempner *et al.*, 2011 : 478 *tr. lib*).

Notre définition de la notion de savoir interdit est conçue pour saisir toute connaissance qui est supprimée parce que cette connaissance est considérée comme

dangereuse ou subversive. Les chercheurs-res se sentent parfois obligés de limiter leur enquête ou la diffusion des données pour des raisons éthiques, mais aussi pour éviter la controverse indésirable. Étant donné que la majorité des experts-tes approuvent la vaccination, il peut sembler être sans fondement rationnel de s'y opposer. Dans ce contexte, tout comme pour la population, un-e PDLS ou un-e scientifique qui remet en question la vaccination ou ses pratiques, qui a un discours hétérodoxe sur ce sujet, est une menace potentielle pour le projet politique d'éradication des MI. « En fait, le projet politique et sociétal d'une population en santé passe par une construction socioculturelle du blâme qui sera porté sur l'individu qui présente des comportements sanitaires 'irresponsables' mettant sa santé en péril. La santé publique, alors, jouera un rôle majeur dans l'entreprise de jugement moral sur les habitudes de vie » (Massé, 2001 : 7).

Ceci explique en partie les mécanismes de suppression de la divergence (Martin, 2014), la présence de savoirs interdits, de tabous dans le domaine de la vaccination. Nous considérons que la vaccination comme biotechnologie, aujourd'hui au centre d'un débat hautement polarisé, serait devenue une des formes de vie légitime : on ne peut pas être invacciné-ée (Fressoz, 2012). Et elle possède une puissante force normative. Cette dernière est définie par Thibierge (2009) comme une force obligatoire (juridique ou non) ressentie par les acteurs-trices sociaux. Elle est à la fois une force faite de recommandations, une force contraignante (coercitive) et une force régulatrice des conduites et des pratiques. Selon Thibierge, à qui nous empruntons le schéma explicatif ci-dessous, « la norme tire sa force de la compétence de son auteur, de la légitimité de sa source et de la nature de l'instrument qui la porte » (2009 : 48). Soulignons que les PDLS sont soumis-ses aux recommandations de bonnes pratiques élaborées par des experts-tes et les autorités de santé.

Figure 2.1 La force normative



La force normative selon Thibierge (2009 : 861)

2.4.2 (Dé)construction du savoir médical orthodoxe sur la vaccination

« Quelles sont les conditions sociales de possibilité du développement d'une science affranchie des contraintes et des demandes sociales, sachant que, dans ce cas, les progrès dans le sens de la rationalité scientifique ne sont pas des progrès dans le sens de la neutralité politique ? » (Bourdieu, 1976 : 101)

Nous supposons que les discours hétérodoxes de PDLS sur la vaccination infantile, participant à la déconstruction d'un savoir médical orthodoxe, sont perçus comme une menace à cette norme. La biologie et la médecine posent aux sociétés d'aujourd'hui des questions pressantes, mais dont les réponses sont souvent préconçues. Il est important de s'interroger sur la relation entre production et utilisation des savoirs, sur la manière dont ces disciplines comme connaissances scientifiques définissent les nouvelles limites du vivant et de l'humain à travers leur

intervention sur les corps et sur le monde. Qu'il s'agisse de la médicalisation croissante, des pratiques coûteuses et controversées de prévention (dépistage génétique, mammographie, test PSA, mesure de densité osseuse, pour ne nommer qu'elles) ou d'essais cliniques randomisés (ECR) aux résultats incertains (Cassels, 2012; de Lorgeril, 2008; Every-Palmer et Howick, 2014; Gotzsche, 2012; Welch, 2011), leur inscription comme référence morale et scientifique pour les États et pour la population doit être prise en compte. Selon Yaya (2009 : 14-15), « c'est toute la pratique sociale qui est colonisée par le savoir médical dans la mesure où 'on ne parvient plus à sortir de la médicalisation, la prépondérance conférée à la pathologie devenant une forme générale de régulation de la société' (Foucault, 1994) ». Pour certains-nes sociologues (Clarke *et al.*, 2003), nous serions passés, depuis une cinquantaine d'années, à une nouvelle étape de l'histoire de la médecine appelée « biomédicalisation ». Il s'agit de l'invasion du champ médical par les technosciences. Et si la technologie, comme le langage, est une 'forme de vie' (Clément, 1996), nous ne pouvons pas prétendre à la neutralité à propos de sa construction et de sa persistance.

Le discours hégémonique sur le vaccin comme mesure pour éradiquer les MI, s'appuie entre autres sur l'*EBM*, un mouvement dans le domaine des sciences de la santé qui peut être à la fois « exclusif et dangereusement normatif » (Holmes *et al.*, 2006 : 180) en ce qui concerne la connaissance scientifique. Bien que sa visée soit « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (Sackett *et al.*, 1996 : 71), l'*EBM* arrive toutefois à exclure des formes alternatives de savoir car ses promoteurs cherchent à établir une épistémologie unique comme principal arbitre pour toutes les connaissances médicales (Saks, 1998). L'autorité politique de la biomédecine s'est consolidée à travers le déploiement de diverses techniques dont cet outil (Kamradt-Scott, 2013). Et comme le note Murray *et al.*, (2008 : 276), les conditions sociales et politiques actuelles dans lesquelles les

connaissances scientifiques semble être « vraies » sont décrites par Foucault comme la « science de l'État », un régime qui privilégie les modes économiques de gouvernance et d'efficacité.

Une des idées clés de l'*EBM* est une « hiérarchie des niveaux de preuve » selon laquelle les ECR, les méta-analyses sont supposés fournir les preuves les plus fiables sur l'efficacité d'une intervention médicale. Les essais non randomisés (les cohortes et les études de cas-témoins), suivis des série de cas, des enquêtes, des recherches qualitatives et des anecdotes sont considérés comme de qualité inférieure dans la hiérarchie des éléments de preuve (Fondation Robert Bosch, 2006; Verhoef, *et al.*, 2002). « La philosophie de l'*EBM* suggère qu'en matière d'acquisition des connaissances, le raisonnement inductif est inférieur au raisonnement déductif, les perceptions subjectives inférieures à la quantification objective, et la description inférieure à l'expérimentation des hypothèses » (Giacomini, 2001 : 4). Les avis d'experts-tes sont désormais considérés comme étant la catégorie la plus basse de la preuve (Jonas, 2001 ; Kamradt-Scott, 2013). Selon Perino (2013 : 416), « aujourd'hui cette pensée statistique règne en maître sur toutes les publications et tous les enseignements médicaux » demeurant la seule source d'information reconnue. Cela veut-il dire que les observations et l'expérience clinique des experts-tes comme les PDLS ne sont pas considérées comme un savoir médical valable?

Il est utile de noter que l'adhésion à ce paradigme de l'*EBM* est souvent un critère d'exclusion pour les recherches sur les MNC (Block et Jonas, 2006; Chatfield, 2007). Si plusieurs chercheurs-res s'efforcent de répondre à ce paradigme positiviste⁸², d'autres considèrent que ce modèle ne convient pas aux approches holistes en santé

⁸² Quelques exemples : *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine eCAM* <https://www.hindawi.com/journals/ecam/>; le *International Journal of High dilution Research* <http://www.feg.unesp.br/~ojs/index.php/ijhdr>; *Homeopathy Journal* <http://www.homeopathyjournal.net>; ou le site du *National Center for Complementary and Integrative Health* <https://nccih.nih.gov>.

(Fisher *et al.*, 2005; Jonas, 2001; Tovey *et al.*, 2007; Walach *et al.*, 2006) suggérant d'autres approches pour l'étude des systèmes complexes (Bell et Koithan, 2006; Verhoef *et al.*, 2005) dont l'importance des méthodes qualitatives (Thompson, 2004; Verhoef *et al.*, 2002). Foladori (2005) souligne même les limites du paradigme biomédical face aux MI. De plus, faut-il aussi souligner que pour des raisons entre autres éthiques, les enfants sont rarement inclus dans les ECR (Santé Canada, 2013b). En France, les essais cliniques chez les enfants ne représentent que 11 % du total des essais menés pour une population de moins de 18 ans qui regroupe 22 % de la population (Lalande et Rousille, 2003).

L'*EBM* est contestée par plusieurs (Borgerson, 2005; Goldenberg, 2006; Jonas, 2001; Lambert, 2006; Mykhalovskiy et Weir, 2004; Tonelli, 2001, 2006; Walach *et al.*, 2006). « Le rôle du marché est devenu primordial, pour ne pas dire exclusif, dans la suprématie de l'*EBM*. D'autre part, critiquer cette prépondérance mathématique, même au sein d'une science humaine, est immédiatement taxé d'obscurantisme » (Perino, 2013 : 418). Or, l'*EBM* bien qu'utile, n'est pas suffisante. Pourtant, les décisions concernant la vaccination sont actuellement aussi basées sur ce modèle. Et il faut savoir que l'ECR étant le plus dispendieux, les pouvoirs publics ne se permettront que peu de ces recherches. De plus, les pharmaceutiques qui financent les études sur les vaccins, quant à elles, n'auront pas d'intérêt à étudier des sujets délicats comme les effets indésirables des vaccins. Il est difficile de faire des ECR sur de grandes populations au sein desquelles sont plus susceptibles d'apparaître des effets indésirables rares (par exemple, moins de 1 sur 1000) (Benkirane, 2004). De plus, certains auteurs notent plusieurs problèmes éthiques en ce qui concerne les ECR (Borgerson, 2014).

Les ECR servant à obtenir l'approbation de médicaments (dont les vaccins) ne sont pas le seul outil sur l'efficacité pour apprendre sur leur fonctionnement ou sur d'autres interventions dans la réalité. Les critiques de cette *EBM*, parfois qualifiée de

déshumanisante par l'effacement du-de la patient-e, font plutôt appel en faveur de « la médecine fondée sur la narration » (narrative-based-medicine (*NBM*)) considérée davantage comme une pratique centrée sur le patient (Groleau *et al.*, 2006; Kalitzkus et Matthiessen, 2009; Lambert, 2006). Ou encore à la médecine casuistique qui étudie des cas particuliers pour en dégager des règles d'action à partir, par exemple, de rapports de cas ou de séries de cas (Bingeman, 2016; Tonelli, 2007).

2.4.2.1 Le savoir alternatif en santé : un autre discours hétérodoxe

Les PDLS qui ont un discours critique sur la vaccination ont souvent une vision alternative de la science et de la santé, s'intéressant à d'autres formes de savoirs. C'est le cas noté dans les écrits, par exemple, d'un certain nombre d'infirmières, de médecins et de sages-femmes qui considèrent la médecine homéopathique comme un savoir alternatif (Dionne *et al.*, 2001; Sauvageau *et al.*, 2014). L'existence d'une science alternative présuppose l'existence d'un champ de savoir dominant (Bourdieu, 1976; Kuhn, 1983). Elle suppose l'hégémonie de la science moderne occidentale que l'on voit à la fois comme « la meilleure » et la forme la plus dominante de la connaissance. Pourtant, d'autres sciences médicales ont existé et existent toujours dans des sociétés où règne un pluralisme médical, si l'on considère par exemple la médecine ayurvédique, l'acupuncture ou la médecine homéopathique. Cependant, ces médecines n'ont jamais réclamé la validité universelle sur laquelle la médecine occidentale moderne insiste tant. En fait, ce n'est que cette dernière qui présume être le fondement universel de la connaissance en santé (Visvanathan, 2006). En conséquence, une science alternative est aujourd'hui souvent considérée comme un nouveau paradigme qui peut remettre en question le courant dominant de la science. Un tel discours met en place ce que Visvanathan appelle un « cadre kuhnien » où un seul système de connaissance à la fois peut survivre et où l'idée de pluralisme (ou de cohabitation) est perçue comme une faiblesse cognitive. Ce modèle de connaissance

crée ce qu'on a appelé une « monoculture de l'esprit » (2006 : 164 *tr. lib*) (ou la pensée unique), ce qui est précisément ce que le discours des sciences alternatives cherche à briser.

Si l'on considère que la modernité a souvent été hégémonique dans sa façon de considérer les autres formes de savoirs, la science médicale moderne est aujourd'hui à la fois monoparadigmatique et monoculturaliste : son existence dépend du refus et de l'exclusion de la connaissance alternative. Cette idée même d'une science alternative est perçue comme une contestation à la politique actuelle de la connaissance. Le dissident scientifique Alfred Wallace (1898) avait formulé ce problème avant Kuhn en faisant un portrait des réalisations de la science du XIX^{ème} siècle et en observant qu'au moment de sa domination, une science tend à être coercitive et à ignorer les théories et les hypothèses concurrentes (Visvanathan, 2006). Wallace soutenait que le succès de la science reposait éthiquement et intellectuellement dans l'impératif d'explorer des solutions alternatives. Il fut l'un des premiers à critiquer l'efficacité de la vaccination en écrivant une étude sur 45 années de consignation de statistiques sur la vaccination antivariolique et ses ratés (Wallace, 1889).

Certaines féministes en sciences (Asberg et Birke, 2010; Birke, 1999; Haraway, 1989; Martin, 1994) soulignent aussi l'importance de travailler avec des cadres alternatifs à celui qui est réductionniste/déterministe et qui présente tant de limites, comme en immunologie par exemple. Ces auteures et d'autres aussi (Bastide, 1998, 2000, 2003, 2004), suggèrent une approche qui se concentre sur l'ensemble des systèmes et de leur fonctionnement avec d'autres systèmes. Par exemple, Haraway (1989) démontre, entre autres, à travers une exploration de la construction du corps et d'un soi biotechnologique, l'influence du discours scientifique postmoderne sur le

système immunitaire⁸³ (objet iconique particulièrement représentatif). Ces approches sont à la fois beaucoup plus intéressantes que le déterminisme réductionniste et plus appropriées pour capter l'immense complexité du monde vivant. L'idée de savoirs alternatifs nécessite l'idée d'un bien commun de connaissances qui exige l'accès d'une communauté à ces savoirs. Par exemple, « l'approche globale et féministe en santé (...) se caractérise par ses positions critiques face aux institutions médicales et gouvernementales » (RQASF, 2008 : 6). Il s'agit de défier les discours de l'autorité scientifique suprême tout en essayant de comprendre quelles théories et quels résultats empiriques servent le mieux, quels savoirs sont produits de manière à être moins ancrés dans des systèmes d'exploitation de la population (Birke, 1999). L'application de l'approche globale et féministe en santé exige la production et la reconnaissance de savoirs alternatifs. Cela suppose la remise en question des « savoirs communément admis ». Il est donc nécessaire de « revendiquer le droit à l'information et [de] chercher d'autres sources que celles qu'on nous propose » (RQASF, 2008 : 8) :

Il est souvent nécessaire de considérer le contexte politique, économique et social dans lequel l'information, le médicament, le vaccin ou le service nous sont présentés. Il est tout aussi essentiel d'examiner les impacts sur la santé et sur la société de la pratique, de la politique ou du médicament dont il est question. C'est pourquoi il faut avoir une approche collective ou sociale plutôt qu'individuelle. (*Idib* : 8)

Notre recension, pour ce projet de thèse laisse croire que les discours hétérodoxes des PDLS critiques de la vaccination infantile permettent une déconstruction du savoir actuel à son sujet et représentent un savoir interdit tout en proposant des savoirs alternatifs. De plus, le statut épistémique des savoirs interdits de ces PDLS considérées comme expertes en santé suscite pour nous un vif intérêt. Si les

⁸³ Voir à ce sujet Haraway, D. (1989) « The biopolitic of postmodern bodies : determination of self in immune system discourse », *Differences : A Journal of Feminist Cultural Studies*, 1 (1) : 3-43. Et les travaux d'Emily Martin (1994) dans *Flexible bodies*, sur la façon dont le discours sur le corps est imprégné du concept du système immunitaire dans la science et la société.

interventions de prévention des risques par la SP, comme celle de la vaccination, impliquent la médiation par des experts-tes, de quelle expertise s'agit-il ?

2.5 Construction du statut de l'expert-te légitime

Les décisions de SP semblent se baser essentiellement sur la connaissance et la confiance octroyées aux experts-tes. Mais qu'en est-il ? Alors même que nous en devenons de plus en plus dépendants-tes, il est nécessaire d'examiner le savoir-faire, la nature et la valeur de l'expertise, ainsi que la manière dont elle peut être bénéfique ou préjudiciable (Selinger et Crease, 2006). En effet, l'idéal de la domination rationnelle a tendance à s'incarner dans l'expertise. La science, objet central de notre société technique, est légitimée par toutes sortes d'institutions et par les spécialistes qu'elle crée. Comment la science produit-elle de la connaissance ? Il existerait des mécanismes de construction de la connaissance, c'est-à-dire des pratiques qui entrent dans la fabrication des savoirs scientifiques et des cultures qui entourent et donnent un sens symbolique à de telles pratiques. C'est ce que Knorr-Cetina (1999) appelle des « cultures épistémiques », façonnées par l'affinité, la nécessité et la coïncidence historique, et qui déterminent l'arrangement et les mécanismes par lesquels nous arrivons à savoir ce que nous savons. Les sociétés occidentales contemporaines fonctionnent à partir de systèmes d'experts-tes incarnés-ées par la science. La personne de science y paraît comme celle que l'on ne peut contester. Pourtant, comme il a été souligné plus haut (voir 1.2.2.3), l'industrie pharmaceutique joue un rôle important dans les décisions prises par la SP. Selon Gross (2009), les différentes formes d'expertise sont soutenues au sein de leurs propres systèmes technologiques, rhétoriques et épistémiques, ce qui leur permet de paraître plus fiables. À cet égard, la construction et la reconnaissance d'un savoir expert affecte-t-il la nature du savoir et les rapports sociaux et politiques qui tournent autour de ce savoir ?

Le phénomène de l'expertise semble à la fois créer des inégalités qui minent parfois la règle citoyenne et représente aussi un conflit d'intérêts quand l'État, qui prétend préserver sa neutralité, subventionne la fonction d'un statut spécial pour les opinions d'experts-tes et de scientifiques issus de l'industrie pharmaceutique. La critique foucaldienne suggère que la neutralité est impossible, le pouvoir d'expert-te et le pouvoir étatique seraient inséparables (Beaulieu, 2005; Lascoumes, 2004). L'État ne protège pas seulement « sa propre science » et la subventionne, il participe à l'opinion de la science, c'est-à-dire qu'il accorde à la science une sorte d'autorité. Selon Turner (2001), l'État réaffirme cette autorité en exigeant que les réglementations soient basées sur les découvertes de la science ou sur un consensus scientifique, et en favorisant certaines découvertes comme étant des faits, tout en excluant d'autres connaissances.

Le récent litige chez nous, entre experts-tes autour d'une demande de moratoire sur le vaccin anti-VPH (Alarie *et al.*, 2015; Rail *et al.*, 2015, 2015c) suite aux nombreux rapports d'effets secondaires graves documentés (Biron, 2015, 2016), où les experts-tes mandatés-ées par la SP étaient subventionnés-ées par l'industrie (Lacourcière et Noël, 2011), laisse croire à la partialité de l'État sur ce dossier. Ainsi, l'instrumentation de la science à l'aide des statistiques et de la transformation continuelle des normes biologiques soumet la population à des mesures préventives de plus en plus nombreuses et invasives (multiplication sans limites des vaccins du calendrier vaccinal, examens de dépistage), cautionnées par l'expertise de la SP et du paradigme biomédical. Les experts-tes sont des acteurs-trices centraux de cette société de la connaissance et leur statut ne peut être dissocié de la légitimité dont ils-elles bénéficient (Boltanski et Thévenot, 1991; Bourdieu, 1979; Habermas, 1979). Si la construction de l'expert-te est culturellement, économiquement et politiquement orientée, alors son statut permettrait de contraindre les rapports sociaux dans le domaine médical. Ce statut spécial devient problématique lorsque la neutralité de

l'opinion d'experts-tes institutionnels est remise en question par certains-nes experts-tes aux opinions hétérodoxes.

Le champ scientifique est le lieu d'une lutte de concurrence qui a pour enjeu spécifique le monopole de l'autorité scientifique inséparablement définie comme capacité technique et comme pouvoir social, ou si l'on préfère, le monopole de la compétence scientifique, entendue au sens de capacité de parler et d'agir légitimement (de manière autorisée et avec autorité) en matière de science, qui est socialement reconnue à un agent déterminé. (...) Le problème de la compétence ne se pose jamais avec autant d'acuité et de clarté que dans la relation avec le profane. (Bourdieu, 1976 : 89)

L'expertise est aussi cautionnée par la reconnaissance légale d'une profession et de son statut social. « La reconnaissance légale d'une profession constitue un défi, particulièrement dans le domaine de la santé. En sociologie des professions, Freidson (1970) a identifié la domination médicale comme un facteur déterminant dans l'émergence d'autres professions dans le domaine de la santé. Ce sociologue a décrit le concept de fermeture sociale de la profession médicale, pratique par laquelle ce groupe s'assure d'une position privilégiée aux dépens des autres groupes » (Vadeboncoeur *et al.*, 1996 : 225) par leur exclusion, entre autres, du champ de l'expertise (Goulet, 2004; Martel, 1990).

2.5.1 Expertise et rapports sociaux de sexe

Notre recension a révélé, entre autres, que les discours hétérodoxes sur la vaccination sont plus souvent portés par les femmes. En effet, nous avons noté que dans les écrits, si les études sur la résistance individuelle de la population s'adressent essentiellement aux mères, celles qui visent les groupes de PDLS ayant des discours hétérodoxes sur la vaccination sont en grande majorité des femmes qui pratiquent des professions de la santé assujetties à celle de la MC ou niées par elle : il s'agit des infirmières, des sages-femmes et des homéopathes. Ce sont des domaines où la division du travail est

encore sexuée : selon les données recensées sur ces groupes de professionnels-elles, les infirmières comptent 90,3 % de femmes, les homéopathes, plus de 70 % et les sages-femmes, 100 % (Gouvernement du Canada, 2011). Il existe plusieurs études féministes sur les métiers de service du soin (le *care*) portant sur les groupes professionnels hyperféminisés situés aux échelons intermédiaires de la hiérarchie socioprofessionnelle (Le Feuvre *et al.*, 2012).

Cette hiérarchie des professions de la santé fait en sorte que « quelque part dans [le discours scientifique], une pression diffuse s'exerce pour convaincre les individus de s'insérer dans des catégories bien définies de façon à faciliter les procédures identificatoires qui permettront de les gouverner plus aisément. Les femmes, considérées en tant que groupe social spécifique, n'échappent pas au système (...). Non seulement ont-elles été exclues mais encore n'a-t-on accordé aucun statut aux connaissances qu'elles possédaient. (...) La déqualification historique du savoir des femmes continue d'éroder la prise en compte de leur expertise et de leur compétence actuelles » (Beauregard et De Konick, 1991 : 4-5). « Tant historiquement que dans le présent les femmes ont été exclues de la production des formes de pensée, des images et des symboles dans lesquels leur expérience et leur relations sociales sont exprimées et organisées » (Smith, 1975 : 353). Des recherches féministes se sont penchées sur le « savoir expérientiel » des femmes dans leur parcours de vie et la production de « savoirs inédits » (Bilge, 2009; Racine, 2000). De fait, comme pour le savoir des sages-femmes qui a été repris et récupéré par la MC (Ehrenreich et English, 1983), celui des infirmières qui a été soumis à celui des médecins (Rousseau et Daigle 2013), ou celui des homéopathes qui est historiquement ignoré (Dean, 2001, 2004; Winston, 1999) particulièrement celui des femmes (Taylor Kirschmann, 2004), nous croyons que les discours hétérodoxes des PDLS sont porteurs de connaissances valables et utiles mais occultées, entre autres parce qu'ils se retrouvent dans la dynamique des rapports sociaux de sexe, de la division sexuelle du travail (Delphy, 2013; Galerand et Kergoat, 2014; Guillaumin, 1992; Haicault, 1993) mais aussi de la

division du travail épistémique (Code, 2007; Perron et Rudge, 2016; Townley, 2011). « La doxa de sexe contribue à la reproduction dynamique, politique et économique du rapport social dans la mesure où elle propose, ‘comme allant de soi’, un système de significations qui légitime la position respective des sexes, ici et là, dans les espaces économique, politique et symbolique. Travaillant pour l’ordre, cette production continue de signes maintient et reconduit les grands principes de domination en dépit des pratiques novatrices des acteurs et des actrices ainsi que des représentations en transformation » (Haicault, 1993 : 9).

Rail (2009 : 256) souligne aussi que « les discours dominants au sujet de la santé ont de multiples « effets ». À titre de ‘régime de vérité’ (Foucault, 2003), ils avalisent les discours d’experts, ils précisent ce qui peut être dit ou fait à des moments ou endroits en particulier, ils entretiennent des relations de pouvoir, ils favorisent des pratiques et, surtout, ils maintiennent une certaine vision des différences, particulièrement celles intégrées dans des éléments binaires tels que homme/femme (...) ». Le savoir expert, selon Foucault, « minorise le sujet parlant, le sujet d’expérience et de savoir » (Foucault, 1997 : 12-13 dans Blais, 2006 : 156). Si aujourd’hui la norme sociale a pris la forme de la technique et le visage de l’expertise [orthodoxe] (Gori, 2009), le savoir expert n’est défini ainsi que s’il « dit ce qu’il faut dire ».

La notion d’expertise touche également celle de la compétence. Comme nous l’avons souligné, si le savoir est « l’ensemble cohérent de connaissances acquises au contact de la réalité ou par l’étude », que la connaissance « est le fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques et les spécificités de quelque chose », la compétence est « la capacité reconnue en telle matière, en raison de ses connaissances et de son expérience » et qui donne le droit d’en juger (Le Robert, 2000). Or, la recension des écrits met en lumière que le discours officiel vaccinaliste a tendance à qualifier de « fausses croyances » et non de « connaissances » les positions critiques associées à l’hésitation à la vaccination des femmes, infirmières, sages-femmes ou

homéopathes (Boulianne *et al.*, 2015; Dubé, *et al.*, 2010; Dubé *et al.*, 2013b; Petit *et al.*, 2007). En général, la croyance est considérée comme une opinion et ne peut être ni démontrée, ni enseignée. Elle est considérée comme inférieure par rapport à « un savoir » et n'a pas le statut de « connaissance » (Lalande, 1991).

2.5.2 Savoirs interdits comme injustice épistémique

Nous pensons que les discours hétérodoxes des PDLS sur la vaccination infantile, les discours exclus (ignorés, interdits, minorisés), rentrent dans la catégorie des savoirs interdits et ne semblent pas être considérés comme des expertises légitimes ou un savoir savant.

Cet état de fait représente ce que Fricker (2007) appelle une injustice épistémique. Cette philosophe en a décrit deux types. D'abord l'injustice épistémique testimoniale qui a lieu quand un préjugé amène l'auditeur-trice à discréditer la parole du-de la locuteur-trice. Ce préjudice, cette négation du statut épistémique des dominées, sape leur qualité de « connaisseur-trice », c'est-à-dire leur expertise. Le deuxième type est l'injustice épistémique herméneutique qui relève d'une situation dans laquelle une personne voit une importante partie de son expérience sociale occultée et incomprise en raison de défauts préjudiciables dans les ressources collectives nécessaires à l'interprétation sociale. Cette personne (ou groupe) est « herméneutiquement marginalisé » (Fricker, 2007 : 152), c'est-à-dire qu'elle participe inégalement aux pratiques par lesquelles les significations sociales sont générées. Le féminisme a longtemps été préoccupé par les façons avec lesquelles les relations de pouvoir peuvent limiter la capacité des femmes à donner un sens à leur expérience. Comme le note Hartsock dans la théorie féministe du point de vue (1983), « la domination vit dans un monde structuré par d'autres pour leurs propres fins qui, à tout le moins ne sont pas les nôtres et qui sont à des degrés divers, hostiles à notre développement et

même à notre existence ». Elle souligne ainsi ce « monde structuré » laissant entendre que les institutions et pratiques sociales favorisent les dominants (les puissants), et que ces derniers constituent le monde social tout en ayant un avantage injuste dans la structuration de la compréhension collective (Fricker, 2007 : 147). Avoir un pouvoir matériel confère une influence sur les pratiques par lesquelles les connaissances et significations sociales sont générées.

L'injustice épistémique engendre une ignorance volontaire herméneutique qui est produite lorsque les dominants (connaisseurs) refusent de reconnaître les outils épistémiques développés à partir de l'expérience de l'univers de ceux et celles marginalement situés-ées. Ces refus leur permettent d'ignorer des pans entiers du monde (Pohlhaus, 2012). En permettant cette déconstruction (Holmes *et al.*, 2006), il s'agit de démontrer comment les concepts ou les idées (les vérités) sont subordonnés, entre autres, aux discours historiques, linguistiques, sociaux et politiques. Elle permettrait de nous demander non seulement ce qui constitue une « preuve », mais aussi, ce qui constitue le « régime de vérité », le paradigme qui dicte soit l'admission, soit l'exclusion ou le dénigrement d'un élément de preuve (Holmes *et al.*, 2006 : 182 *tr. lib*), ce qui est inclus ou exclu dans la création d'un savoir ou si certaines parties de ce savoir sont légitimes (Rochon Ford et Saibil, 2010). Comme le souligne Rail (2009 : 262), « le savoir scientifique ou 'expert' a souvent pour effet de dévaloriser le savoir des femmes et, par conséquent, de les déposséder de leur pouvoir d'agir sur ce qui les entoure. Propre au savoir légitimé, la construction discursive du 'normal' et de 'l'anormal' a aussi pour résultat la marginalisation et l'exclusion ».

À cet égard, la transposition de la pluralité des savoirs en politiques de santé publique, l'expérience vécue par les PDLS des politiques appliquées, ainsi que la (re)connaissance du statut épistémique des savoirs hétérodoxes des PDLS sur la vaccination infantile pourraient constituer, selon nous, des apports essentiels aux

connaissances dans le domaine de la santé des populations. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons pour cette thèse, faire entendre ces PDLS.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre expose les aspects méthodologiques de notre thèse. Il rappelle, dans un premier temps, le sujet de l'étude et sa visée, lesquels ont déterminé le choix du projet de recherche. Ensuite, selon le paradigme de recherche adopté en lien avec notre posture épistémologique, nous aborderons les implications sur la méthodologie de recherche et sur la conception de la stratégie de collecte, de traitement et d'analyse des données. Nous présenterons les principaux éléments des écrits sur lesquels nous appuyons notre réflexion pour arriver à la conception de ce travail.

3.1 Un projet de recherche qualitatif

Le choix d'une méthodologie qualitative est justifié par la nécessité de documenter le contenu des discours hétérodoxes des PDLS recrutées, critiques de la vaccination infantile, en réunissant des données sur leur expérience dans un contexte social où elles ne peuvent parler aisément de ces critiques ou de leurs inquiétudes, un domaine peu étudié. Nous souhaitons aussi connaître les arguments et la logique qui fondent les critiques de ces PDLS ainsi que les difficultés rencontrées quant à leur divulgation. Ce projet comprend deux objectifs spécifiques : 1) la documentation du contenu du discours hétérodoxe des PDLS recrutées face à la vaccination afin d'arriver à comprendre le sens de leurs inquiétudes et de leurs critiques et 2) une tentative de saisir pourquoi la critique de la vaccination est un sujet tabou. Pour notre sujet d'étude, nous considérons que les discours de ces actrices du milieu de la santé sont indissociables du contexte socioculturel. Nous nous intéressons à la compréhension de leur point de vue sur la vaccination, dans leur contexte de vie.

Cette étude s'inspire du courant interprétatif qualitatif en raison de la nature même du problème de recherche : c'est de l'expérience vécue par des individus (des PDLS critiques) au regard d'un phénomène (la vaccination) dont il est question. Nous cherchons à comprendre le sens que ces individus donnent à leur expérience (Strauss et Corbin, 1998; Savoie-Zajc, 2000). La nature de notre recherche est donc d'abord descriptive car elle vise à documenter l'expérience des actrices initiées au domaine de la vaccination; le but étant de décrire qualitativement leur expérience et leur savoir. Mais notre démarche est aussi compréhensive, car elle se concentre sur la production de sens qui caractérise les PDLS critiques de la vaccination et vise à cerner leurs comportements sociaux. Nous pourrions également rajouter que notre recherche a aussi une dimension collaborative car elle met à contribution des participantes qui produisent, par leurs interactions et leurs réflexions, les éléments de base de la recherche. En effet, cette étude s'appuie sur un groupe de participantes qui vont aussi collaborer à l'analyse des résultats.

Conformément à notre posture épistémologique féministe qui remet en question l'objectivité en science et permet la déconstruction des savoirs en santé (Parini et Manidi, 2001; Rail, 2009), un projet de recherche qualitatif inscrit dans un paradigme constructiviste féministe (Charmaz *et al.*, 2008) a été adopté. La révision constructiviste de Glaser et Strauss (1967) de la théorisation ancrée que nous avons utilisée et que nous décrirons dans ce chapitre, suppose l'élaboration à la fois du phénomène étudié et du processus de recherche à travers les actions des gens. Cette approche tient compte des contraintes qu'exercent les conditions historiques, sociales et situationnelles sur ces actions et reconnaît le rôle actif du-de la chercheur-e dans l'élaboration des données et des analyses (Charmaz, 2011).

La recherche féministe s'insère dans un projet plus vaste de développement des connaissances sur les femmes et leurs expériences et prend l'aspect d'une critique du savoir ayant comme dessein « cette volonté même de déterrer les fondations tant

matérielles qu'idéelles du savoir, des discours masculins et des projets sociopolitiques qui rend possible le projet épistémologique féministe, autrement dit qui lui donne sa cohésion » (Descarries et Vandelac 1994 : 17). Toutefois, notre position établit des exigences méthodologiques organisées autour de certains prérequis dont la nécessité de rendre rigoureusement la réalité du point de vue (*standpoint*) des participantes ainsi que les caractéristiques de leur perspective singulière.

Selon Mucchielli (1996 : 11), « la spécificité fondamentale des méthodes qualitatives vient de leur inscription dans le paradigme du compréhensif (ou subjectivisme). C'est-à-dire de leur parti pris épistémologique de considérer les phénomènes humains comme des phénomènes de sens qui peuvent être « compris » par un effort spécifique tenant à la fois à la nature du chercheur et à la nature de ces phénomènes de sens ». L'approche méthodologique qualitative s'est imposée comme une démarche de recherche pertinente pour documenter le contenu des discours critiques des PDLS face à la vaccination infantile qui ne semblent pas être (re)connus. Puisqu'elle met l'accent sur la découverte et la compréhension de la signification d'expériences vécues (Strauss et Corbin, 1998), elle nous est également utile pour étudier les contextes dans lesquels les différentes actrices impliquées dans le processus de la pratique de la vaccination évoluent, incluant les difficultés possibles de l'expression et de la réception de ces discours critiques. Ainsi souhaitons-nous comprendre pourquoi, selon quelles connaissances et dans quelles circonstances les groupes de professionnels étudiés prennent des décisions ou entreprennent des actions différentes, relatives à la vaccination infantile.

Si la recherche qualitative est une démarche méthodologique qui permet l'exploration d'un phénomène du point de vue des personnes qui en font l'expérience, la théorisation ancrée représente pour nous une des méthodes privilégiées pour ce projet. Cette méthode vise l'élaboration d'une théorie mettant en lumière le processus qui permet aux individus d'attribuer un sens à ce qui leur arrive (Strauss et Corbin,

1998). Pour ce faire, nous avons analysé les données recueillies grâce à treize entretiens semi-dirigés avec des PDLs de quatre groupes professionnels différents qui ont accepté de partager leurs inquiétudes ou leurs critiques face à la vaccination infantile.

3.1.1 L'importance de la narration

À l'instar de Kalitzkus et Matthiessen (2009), les témoignages des PDLs visées par notre étude (infirmières, sages-femmes, homéopathes et médecins) peuvent être considérés comme des récits ou des narrations sur la compréhension socioculturelle de la santé et de la maladie. Certains témoignages qui représentent la réalité de ce que l'on a vu, entendu, perçu, vécu, sont devenus des récits, c'est-à-dire des propos rapportant des événements bien précis. Ces dernières années, la narration médicale a pris de l'importance (témoignages de patients-tes, ceux des PDLs, le récit des rencontres patients-tes/médecins et les méta-récits) ce qui a conduit à la création de la « médecine fondée sur la narration » (*narrative-based-medicine (NBM)*). Le terme a été inventé délibérément pour marquer sa distinction de la médecine factuelle (*EBM*) dont nous avons parlé; en fait, la *NBM* a été diffusée pour contrer les insuffisances de l'*EBM*. Les narrations comme matériaux significatifs pour la recherche en sciences sociales et les récits issus de la pratique médicale et des rencontres avec les patients-tes sont une source de connaissance et d'éléments informatifs, au-delà de l'étalon-or des ECR de l'*EBM* (Kalitzkus et Matthiessen, 2009). De plus en plus, la narration et les données anecdotiques sont utilisées en sciences de la santé comme en sciences sociales (Enkin et Jadad, 1998; Lai, 2010; Moore et Stilgoe, 2009). Selon ces auteurs, les preuves anecdotiques sont des outils puissants pour la prise de décision et sont parfois mal utilisées ou sous-évaluées. Ignorer le rôle de ces informations dans les décisions de soins de santé est de nature à entraver la communication entre les décideurs et à retarder leur prise en compte dans les résultats de recherche.

Les théoriciennes féministes (Haraway, 1991; Harding, 2004; Hartsock, 1983; Smith, 1974) et le mouvement de santé des femmes (Boscoe *et al.*, 2004; Doyal, 1995; Sherwin *et al.*, 1998) ont depuis longtemps mis en lumière les savoirs et les pratiques occultés, ainsi que la lutte pour la reconnaissance du savoir empirique autant que celui théorique et l'importance de la narration, ces voix rarement entendues ou prises en compte. C'est en partie ce que revendiquent Moore et Stilgoe (2009) à propos du phénomène des « preuves anecdotiques⁸⁴ » – issues de la narration – qui participent aux controverses dans le domaine des sciences et des technologies. Prenant entre autres l'exemple des discours des parents qui ont observé un trouble de développement chez leur enfant après la vaccination ROR, les auteurs tentent de démontrer le statut épistémique des preuves anecdotiques. Selon eux, les preuves peuvent « représenter une revendication sous forme d'affirmations de l'existence d'un syndrome particulier et ses éventuels facteurs de risque environnementaux, mais aussi des revendications politiques d'inclusion dans les débats politiques ou les processus de réglementations, en influençant des programmes de recherche, en exigeant un changement de politique ou en réclamant des études sur des phénomènes présumés nouveaux ou dangereux. Les preuves anecdotiques représentent un point de rencontre entre les individus, les institutions spécialisées et les décisions politiques, et démontrent qu'une certaine déconstruction entre les niveaux de preuves, entre les domaines épistémologiques et politiques pourraient offrir des possibilités de participation, d'engagement et d'inclusion dans les débats publics en science et en santé » (Moore et Stilgoe, 2009 : 672, *tr. lib*). Nous considérons que les récits des

⁸⁴ La preuve anecdotique a souvent impliqué les catégories de savoir « expert » et de savoir « profane » ce qui le maintient à la frontière entre la science et la non-science (Popay et Williams, 1996; Prior, 2003). « Ces preuves anecdotiques sont souvent individuelles et se retrouvent forcément reconstruites en termes de modes de pensée « subjective » contre « objective ». En cherchant des connaissances généralisables, ce que l'on sait prend préséance sur « la personne qui sait » et le sujet est laissé en dehors du débat. Cependant, la connaissance issue de la preuve anecdotique ne doit pas être comprise en termes d'expérience individuelle seulement, mais en lien avec des expériences partagées ce qui révèle des réseaux sociaux complexes qui dépassent le savoir local » (Moore et Stilgoe, 2009 : 656, *tr. lib*).

PDLS constituent des témoignages qui permettent d'établir la véracité d'une réalité pouvant être utile aux savoirs et aux pratiques en santé.

De plus, selon Lambert (2006), ce seraient davantage les méthodes utilisées pour recueillir des « preuves », plutôt que la nature de la preuve en soi, qui déterminent si des données sont ou non potentiellement applicables à une pratique fondée sur des données probantes (*EBM*) ou d'une médecine basée sur la narration (*NBM*). Le récit serait donc une forme d'information non-quantitative qui peut être interprétée comme une « preuve ». Rappelons que l'un des objectifs de notre recherche est de comprendre le contenu des discours hétérodoxes et le sens que les PDLS attribuent à leurs critiques et à leur expérience à l'égard de la vaccination afin d'arriver à mettre en commun leurs savoirs. D'après Albert et Avenier (2011), il existe un travail épistémique « à effectuer tout au long d'un processus de recherche qui vise à générer des savoirs scientifiques en mobilisant l'expérience de praticiens sur une question de recherche définie en référence à une problématique persistante » (: 23) comme celle des discours hétérodoxes interdits et de l'hésitation à la vaccination chez des PDLS.

3.1.2 La légitimation des savoirs

Cette thèse propose entre autres de mettre à contribution les connaissances sur la vaccination acquises et exprimées par les PDLS, mais faisant partie d'un savoir interdit. Cependant, les données qui permettent aux nouvelles connaissances scientifiques d'une recherche d'être reconnues, passent en principe par le concept de généralisation. Selon certaines perspectives, ce concept de « généralisation, dans le sens positiviste, dépend de la représentativité de l'échantillon, qui repose à son tour sur la randomisation. La capacité de généraliser à une population plus large semble donner un sentiment de contrôle et d'ordre sur la réalité » (Groleau *et al.*, 2009 : 416 *tr. lib*). Comme le signalent ces auteures, est-ce que l'expérience peut être considérée

comme une preuve et est-ce que la recherche qualitative peut influencer les décideurs dans le domaine de la santé ?

L'épistémologie féministe et le paradigme constructiviste donnent accès à la question de légitimation et de statut des connaissances car ils remettent en question la notion de vérité absolue et considèrent la façon de voir l'élaboration de connaissances comme un acte de construction de représentations forgées par des humains pour donner un sens aux situations dans lesquelles ils interviennent (Clarke, 2015; Albert et Avenier, 2011). Il s'agit de légitimer plutôt que de valider ou de généraliser des connaissances et des savoirs au sujet de la vaccination.

3.2 La collecte des données

3.2.1 Populations étudiées

La présente étude est une incursion dans l'univers d'infirmières, de sages-femmes, d'homéopathes et de médecins, vaccinatrices et non vaccinatrices intervenant auprès des enfants, et ayant des inquiétudes ou un point de vue critique sur la pratique de la vaccination et le calendrier infantile au Québec. Notre choix d'étudier les discours de ces quatre groupes de professionnelles repose sur le fait que plusieurs études de la santé publique du Québec sur l'état de la couverture vaccinale infantile se sont adressées spécifiquement aux infirmières, aux médecins et aux sages-femmes critiques de la vaccination infantile (Dubé *et al.*, 2011c; Dubé *et al.*, 2012b; Dubé *et al.*, 2013b; Gallagher *et al.*, 2009; Rousseau *et al.*, 2005; Sauvageau *et al.*, 2005; Sauvageau *et al.*, 2012; Vivion *et al.*, 2011) et s'intéressant parfois à la médecine homéopathique⁸⁵ (Boulianne *et al.*, 2005; Dionne *et al.*, 2001; Guay *et al.*, 2009).

⁸⁵ Historiquement, les femmes homéopathes ont pris une grande place dans le développement de la profession (Taylor Kirschmann, 2004). Au tournant du XX^{ème} siècle, près de 10 % des médecins américains étaient homéopathes dont un grand nombre de femmes. Une vingtaine de collèges et plus

En effet, comme nous l'avons noté plus haut, les praticiens-nes homéopathes proposent un outil thérapeutique différent pour faire face aux épidémies. Seul groupe non vaccinateur des PDLs de notre étude, il possède néanmoins une prophylaxie face aux maladies infantiles qui leur est propre et à laquelle a recours une partie de la population (voir 1.2.4.2). Ainsi, l'utilisation de nosodes homéopathiques pour les maladies infectieuses et épidémiques entre autres dans la population canadienne, une méthode préventive bien documentée, inquiète certaines personnes faisant la promotion de la vaccination et certains-nes opposants-tes aux MNC (Rieder et Robinson, 2015; Weeks, 2013). La récente décision de Santé Canada (2015) sur le changement d'étiquetage de certains remèdes homéopathiques règlementés depuis 2004, s'ajoute aux raisons qui justifiaient, selon nous, de choisir pour notre étude ces quatre catégories de PDLs.

Comme nous l'avons également souligné, notre recension des écrits démontrait que ce sont les femmes en général et celles de ces groupes professionnels en particulier, qui sont les plus visées comme étant critiques face à la vaccination (études genrées sur la résistance des mères (Benin *et al.*, 2006; Burton-Jeangros *et al.*, 2005; Dubé *et al.*, 2016), les infirmières, les sages-femmes et autres professions non conventionnelles). Ces groupes sont aussi composés principalement de femmes (infirmières : 90,3 %, homéopathes : plus de 70 % et sages-femmes : 100 %) (Gouvernement du Canada 2011). En 2011, 36,5 % des médecins canadiens étaient des femmes, cette proportion atteignait 42,2 % au Québec (ICIS, 2011). Si plusieurs parlent de féminisation de la profession médicale, Gelly (2006) montre que la formation des médecins est influencée par des mécanismes de reproduction des

de cent hôpitaux homéopathiques existaient alors aux États-Unis. Aussi surprenant pour l'époque et dans le contexte social de la suprématie masculine dans le monde médical, l'enseignement de la médecine homéopathique se faisait autant aux femmes qu'aux hommes. La présence des homéopathes dans le paysage québécois, bien que peu abordée dans les recherches faites par la santé publique du Québec, est une réalité pour la population qui les consulte (Fournier et Taillefer, 2003; Taillefer, 2009).

pratiques et de pérennisation des représentations androcentriques de la médecine. C'est pour toutes ces raisons que nous avons choisi ces populations.

La présence de sages-femmes et d'homéopathes dans notre étude tient aussi au fait que ces deux groupes sont en contact de façon privilégiée avec de jeunes enfants ainsi que leurs parents (Fournier et Taillefer, 2003; Gallagher *et al.*, 2009; Hamilton *et al.*, 2004; Taillefer, 2009), et sont donc appelés à aborder inévitablement le sujet de la vaccination. Il est important de noter que les homéopathes sont les seuls-les parmi ces PDLS, pour l'instant, à ne pas avoir d'Ordre professionnel au Québec, statut qu'ils-elles détenaient jusqu'en 1970 (Fournier, 2012; Robitaille, 1992). Les homéopathes de l'Ontario ont obtenu leur Ordre professionnel en 2007 (Assemblée Législative de l'Ontario, 2007). L'Ordre des sages-femmes du Québec a vu le jour en 1999 et depuis 2008, les sages-femmes ont le droit d'administrer certains vaccins. Enfin, il est intéressant de comparer les discours des deux groupes de PDLS « conventionnels » (infirmières et médecins) avec ceux des PDLS « non conventionnels » (sages-femmes et homéopathes). En effet, ces deux derniers groupes dont les pratiques ne sont pas nouvelles au Québec, ont une longue pratique en marge du système de santé (Fournier et Taillefer, 2002; Lemay, 2007; Robitaille, 1992; Valentini, 2004).

3.2.2 Les entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé est un instrument de recherche qui permet de recueillir de l'information qualitative et de saisir le sens que les participantes donnent à leurs choix, leurs valeurs et leurs actions. L'entretien s'applique à un petit échantillon et peut être utilisé pour explorer une situation particulière ou pour compléter et valider une information provenant d'autres sources. De plus, parce qu'il donne accès à l'expérience, aux perceptions, aux opinions, aux significations données par les participantes et permet à la chercheuse de tenter de donner un sens aux phénomènes

sociaux (Denzin et Lincoln, 2003), l'entretien semi-dirigé est l'occasion de révéler des problèmes plus cachés, mais préoccupants dans certains secteurs ou segments de la population (Charmaz, 2006). « L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (Blanchet et Gotman, 2007 : 24).

Les entretiens servent généralement des objectifs de comparaison et de représentation entre les réponses servant à identifier une gamme de points de vue différents autour du thème de la recherche et à acquérir une compréhension des enjeux sociaux, de la perspective même des participants-tes qui ont assisté ou participé à un événement ou à une expérience en particulier (Quivy et Campenhoudt, 1995). Une entrevue semi-dirigée est plus précieuse lorsque la chercheuse comprend les fondements d'une communauté du point de vue de cette dernière. Elle implique généralement un échange interactionnel du dialogue, ayant un style relativement informel, et opérant à partir du principe selon lequel la connaissance est située et contextuelle. Le but de l'entrevue « est de veiller à ce que les contextes pertinents soient traduits en tout point afin que les connaissances situées puissent être produites » (Mason, 2002 : 62). Ce moyen d'enquête est central dans l'étude des femmes car il permet d'obtenir des informations en laissant les femmes elles-mêmes avoir un certain contrôle sur le contenu (ce qu'elles ont à dire) et sur la façon dont elles choisissent de le faire. Merton et Kendall (1946) précisent que ce type d'entretien est conçu, entre autres, pour découvrir les réponses des sous-groupes déviants dans la population. Cette approche convient donc aux fins de notre recherche puisque les discours critiques des PDLS sur la vaccination sont ainsi perçus par les autorités de la santé publique qui enquêtent sur le phénomène de l'hésitation à la vaccination.

3.2.2.1 Avantages et limites des entretiens

Cette méthode de recherche comporte à la fois certains avantages et certaines limites. Les entretiens semi-dirigés dans une méthode qualitative permettent de rendre compte de l'expérience des participantes avec profondeur et nuance. Cependant, Mason (2002), Charmaz (2006) et Silverman (2000) mettent en garde contre les implications épistémologiques de cette approche. Essentiellement, les entretiens ne reproduisent pas les réalités mais sont généralement tributaires de la capacité des participant·es à verbaliser, interagir, conceptualiser et se souvenir (Mason, 2002). En outre, les participants·es offrent des comptes rendus d'histoires à partir de points de vue particuliers pour servir un but particulier, y compris les règles conversationnelles tacites, les attentes professionnelles sur ce qui « devrait » être dit et ce, dans une possible relation de pouvoir subtile (Charmaz, 2006).

Il est donc important de reconnaître les rapports sociaux de domination (genre, statut) au sein d'une relation car la hiérarchie peut évidemment biaiser les données (Kitzinger *et al.*, 2004; Touré, 2010). L'égalité dans l'entretien pour l'étude des femmes en sciences sociales a fait l'objet de débats. Certains·es notent que l'entretien est un procédé de collecte d'information conçu dans un rapport de déséquilibre de pouvoir entre les personnes interrogées et les chercheuses et que d'utiliser l'entretien afin d'étudier les femmes est contradictoire à une approche féministe (Oakley 1991). D'autres au contraire, et c'est notre position, considèrent l'entretien avec des femmes, surtout mené par une femme, comme la possibilité d'examiner la subjectivité des femmes, qu'elles soient participantes ou chercheuses (Coterill, 1992). Selon Coterill, les entretiens sont des rencontres ouvertes où l'équilibre se joue au cours des différentes situations d'entrevue et où toutes deux, chercheuse et participante, sont à leur tour vulnérables. La façon dont chacune s'engage dans le processus d'entretien et les relations personnelles qui se développent font également partie du fait de « mettre le subjectif dans la connaissance ». Pour

notre recherche, où les entretiens ont constitué l'aspect central de la collecte des données, notre souci a été de permettre à chacune des participantes d'exprimer ses pensées, ses expériences et ses opinions. Soulignons que les questions étaient donc ici ouvertes, ce qui pouvait donner lieu à la présentation de nouveaux sujets, à des réponses plus nuancées et à la relance de la discussion sur une nouvelle voie. Cette technique permet une flexibilité (étendre ou restreindre le cadre de discussion, changer l'ordre des questions, exploiter des situations nouvelles), elle aide à dévoiler et à aborder des sujets délicats, considérés comme interdits, dans une ambiance de confiance et de sécurité.

De plus, les participants-tes « ne sont pas statistiquement représentatives de l'ensemble de la population étudiée et [le-la chercheur-re] ne peut pas extrapoler les résultats à cette population » (Geoffrion, 1992 : 314). Néanmoins, pour cette thèse, de par son caractère descriptif et compréhensif (Hennink, 2007; Trudel *et al.*, 2007), nous croyons que la technique d'entretiens semi-dirigés nous a permis de comprendre le contenu des discours hétérodoxes des PDLS interviewées sur la vaccination infantile, de comprendre aussi leur façon de percevoir cette pratique, ainsi que les connaissances qu'elles ont acquises sur le sujet.

3.2.3 Le recrutement

3.2.3.1 La technique « boule de neige »

Puisqu'il peut être difficile de trouver une population à étudier avec des caractéristiques spécifiques, le recrutement a été fait de façon évolutive à effet « boule de neige » (Heckathorn, 2002; Hennink, 2007; Huberman et Miles, 2003). Cette méthode d'échantillonnage en chaîne s'appuie sur l'utilisation d'informatrices clés comme source d'identification de personnes additionnelles, en se servant des

recommandations des sujets de départ pour générer d'autres participantes. Ces informatrices du milieu lié à notre étude sont des témoins privilégiés qui, par leurs responsabilités, leurs expériences et leur position, sont en mesure de bien connaître le sujet de la vaccination. Selon Huberman et Miles, (2003 : 60), ce type d'échantillonnage « (...) identifie de bons cas grâce à des personnes qui connaissent d'autres personnes qui connaissent des cas riches en information ». Les répondantes devaient appartenir à un des quatre groupes d'actrices impliquées dans le processus ce qui a permis de former une variabilité de l'échantillon : infirmières, sages-femmes, homéopathes et médecins. Considérée comme une méthode d'échantillonnage à part entière, il s'agit d'une méthode non probabiliste car il n'est pas possible dans ce contexte, de constituer une liste exhaustive de tous les types de participantes.

« Pour que le recrutement fonctionne bien, les répondants doivent être membres de la population cible (...). La « connaissance » de quelqu'un signifie une reconnaissance générale qui permet de recruter des connaissances (liens plus faibles) ainsi que des amis (liens plus forts) » (Johnson et Sabin, 2010 : 42), ce qui favorise la participation et les confidences. Cette méthode profite des réseaux sociaux et ceci implique de demander d'abord à des informatrices clés (leaders communautaires, professionnelles de la santé) d'identifier une personne qui répond aux critères de l'étude, puis de demander à cette personne si elle connaît d'autres personnes avec des caractéristiques similaires qui pourraient être recrutées pour l'étude. De cette façon, le nombre de contacts éligibles est susceptible d'augmenter (d'où l'effet « boule de neige ») et une fois qu'un nombre suffisant d'individus sont identifiés, ils peuvent être invités à un entretien (Hennink, 2007).

3.2.3.2 Avantages et limites de l'échantillonnage boule de neige

L'échantillonnage boule de neige peut être appliqué tout d'abord, comme une méthode « informelle » pour atteindre une population cible. Si l'objectif d'une étude est essentiellement exploratoire, qualitative et descriptive, principalement par le biais d'entretiens, cette méthode d'échantillonnage offre des avantages pratiques. Mais l'échantillonnage boule de neige peut aussi être appliqué comme une méthode plus formelle pour faire des inférences sur une population d'individus qui ont été difficiles à dénombrier et situés en dehors du courant social dominant (Atkinson et Flint, 2001). La valeur principale de l'échantillonnage en boule de neige est l'obtention de répondants-tes provenant de contextes où ils-elles sont peu nombreux-ses et où un certain degré de confiance est nécessaire pour établir le contact. Cette méthode de recrutement a l'avantage de permettre d'atteindre des populations difficile à rejoindre comme des groupes/individus socialement stigmatisés. Parfois, les membres de ces populations dites « cachées », sont impliqués dans des activités ou ont des opinions considérées comme déviantes ce qui les rend vulnérables et réticents-tes à prendre part à des études qui utilisent des méthodes plus formelles (Shaghghi *et al.*, 2011). La confiance peut ainsi être développée par des pairs ou des connaissances, plutôt que par des moyens d'identification habituels (Atkinson et Flint, 2001). Ceux-ci sont souvent masqués de la vue des chercheurs-res en sciences sociales et des décideurs qui sont désireux-ses d'obtenir des données provenant de l'expérience de certains des groupes marginaux exclus, ce qui est le cas des PDLS au discours hétérodoxe sur la vaccination infantile. L'échantillonnage en boule de neige peut combler des lacunes dans notre connaissance de situations sociales plus obscures ou, comme c'est le cas dans notre étude, des sujets tabous, et peut donc produire des résultats en profondeur qui ne seraient pas possibles autrement.

Cependant, selon Erickson (1979), une des limites de ce mode d'échantillonnage qui ne fait pas l'unanimité, est que les répondantes dont les relations sociales sont très

nombreuses seront plus en mesure de fournir une plus grande proportion d'autres participantes qui sont plus susceptibles d'avoir des caractéristiques semblables au sujet initial. Ceci pourrait donner une surreprésentation dans l'échantillon de certaines caractéristiques de répondantes. Puisque nous ne cherchons pas l'unanimité mais bien la diversité des expériences et des points de vue, nous désirons avoir des participantes qui représentent tout le spectre des différentes critiques sur le calendrier vaccinal infantile, des plus radicales aux plus modérées. De plus, comme les personnes sont recommandées à partir de réseaux, les personnes se situant à l'extérieur de ces réseaux sont exclues de l'échantillon (Heckathorn, 2002). Nous avons donc visé à recruter le plus possible des participantes ayant des profils diversifiés. Nous croyons qu'en limitant le nombre de références (ou d'invitation) par personne, pigeant ainsi dans différents réseaux sociaux et en variant les sources de référence, ceci a pu réduire les biais de recrutement. Notre souci ayant été d'assurer que l'échantillon puisse satisfaire le critère de représentativité, c'est-à-dire qu'il présente les mêmes caractéristiques que la population cible. « Un plan non probabiliste fournit un échantillon représentatif si la structure de l'échantillon pour certaines variables clés est similaire à celle de la population cible » (Vaillant, 2005 : 7).

3.2.3.3 Échantillonnage

Le nombre de participants-tes nécessaires à une recherche est une question délicate. La taille de l'échantillon peut être trop petite pour appuyer les allégations d'avoir atteint soit la redondance d'information ou la saturation théorique, ou trop grande pour permettre l'analyse profonde de cas orientés qui est la raison d'être de l'enquête qualitative. Selon Sandelowski (1995), la détermination de la taille adéquate de l'échantillon est finalement une question de jugement et d'expérience dans l'évaluation de la qualité des informations recueillies face à l'utilisation qu'on en fera, la méthode de recherche et la stratégie d'échantillonnage intentionnelle employée, et

le but de recherche visé. Un échantillon de dix personnes peut être jugé suffisant pour certains types de cas d'échantillonnages homogènes ou critiques, trop petit pour atteindre une variation maximale d'un phénomène complexe ou trop grand pour certains types d'analyse de récit.

Un des critères de l'échantillonnage était d'inclure la diversité des participantes pour couvrir de multiples réalités dans l'expérience de la vaccination. Nous avons utilisé un échantillon dit intentionnel car il est orienté plutôt que constitué aléatoirement (Glaser et Strauss, 1967; Deslauriers, 1991). Il est valide s'il « possède des caractéristiques générales : il est intentionnel, il est pertinent par rapport à l'objet et aux questions de la recherche, il est balisé théoriquement et conceptuellement, il est accessible et il répond aux balises éthiques qui encadrent la recherche » (Savoie-Zajc, 2007 : 100). L'échantillonnage théorique, utilisé dans l'analyse par théorisation ancrée que nous décrirons ci-dessous, qui a pour but de développer les propriétés d'une catégorie théorique et non pas de représenter une population, permet alors que la théorie soit générée à partir des significations et des actions des participantes, donc qu'elle soit enracinée dans leur expérience (Charmaz, 2005). En fait, la cible de l'échantillonnage se situe principalement dans la qualité de l'information obtenue. Le principe directeur doit être le concept de saturation (Mason, 2010). L'atteinte de saturation de l'information détermine en général la fin de la collecte des données auprès des participantes : c'est-à-dire quand les informations deviennent répétitives et que les entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux.

Cette méthode a permis de réunir le maximum d'information sur le vécu des actrices au sein de leur contexte d'action et sur ce qui peut s'avérer implicite à l'environnement sous-jacent au processus étudié, ce qui nous a permis de recueillir des nuances sur les critiques. Puis, selon Crozier et Friedberg (1992) qui accordent une importance primordiale au vécu des participants-tes, cette méthode nous semblait

un choix méthodologique approprié, compte tenu de la nécessité de comprendre toutes les dimensions et les caractéristiques des savoirs interdits des PDLS recrutées.

L'échantillon a progressivement été regroupé grâce à des participantes clés, c'est-à-dire que les individus retenues devaient « être bien niché[e]s dans leur contexte » (Huberman et Miles, 2003 : 58); elles devaient détenir un maximum d'informations concrètes sur le vécu des actrices impliquées dans le processus, ainsi qu'une grande connaissance du champ dans lequel elles sont amenées à intervenir quotidiennement.

3.2.3.4 Profil des participantes

Les critères de sélection des participantes comportaient trois points essentiels : 1) être soit infirmière, sage-femme, homéopathe ou médecin, avec au moins 5 années d'expérience clinique, ce qui permet d'avoir été mis en contact à plusieurs reprises avec des parents et des enfants vaccinés ou non vaccinés; 2) avoir une expérience de la vaccination, c'est-à-dire soit être vaccinatrice ou être appelée à informer des parents ou des PDLS sur le sujet et à recevoir des enfants avant ou suite à la vaccination; et 3) avoir une position critique ou des inquiétudes à partager face à la vaccination des enfants. Nous avons le souci de rencontrer tous les types de critiques sur la vaccination qui s'expriment chez les PDLS.

Les premières répondantes ont été recrutées suite à des recommandations provenant de PDLS qui avaient déjà exprimé soit publiquement (texte, colloque, site internet), soit personnellement (appartenance à un groupe de discussion avec d'autres professionnels-elles de la santé), leurs critiques, leurs observations et leurs inquiétudes face à la vaccination du calendrier infantile. Puis, l'échantillon a été constitué progressivement, en validant au préalable les candidates à interviewer en fonction de leurs réponses aux critères de l'étude et de leur expérience accumulée au

fil des ans. Nous avons recueilli des données auprès de quatre infirmières, trois médecins, trois homéopathes et trois sages-femmes ($n=13$) sur vingt-sept PDLS approchées ($I=7$, $M=6$, $H=6$, $SF=8$) soit un taux de 48,15 % de participation.

Afin de faire ressortir les différentes caractéristiques des PDLS interviewées, nous avons tenté dans la mesure du possible, de balancer l'homogénéité et l'hétérogénéité des participantes afin de promouvoir la diversité des expériences et des points de vue (Hennink, 2007). Les participantes sont ici homogènes par le genre, la nature de leur profession, mais aussi par un point commun de leur expérience face à la vaccination infantile : toutes les participantes expriment, à des niveaux plus ou moins importants, des inquiétudes face à ce sujet. Bien que nous aurions souhaité avoir des participantes de différents âges pour permettre des points de vue générationnels, la proximité de l'âge de la majorité des participantes s'ajoute à cette homogénéité. Nous reviendrons sur ce point plus loin en soulignant les obstacles rencontrés pour le recrutement et lors de l'analyse et de la discussion. Toutefois, une certaine hétérogénéité existe par les différentes caractéristiques socio-professionnelles des quatre groupes de participantes : le nombre d'années de pratique, le niveau d'éducation, les différentes formations professionnelles, les différentes écoles et expériences, leur statut socio-professionnel et les différents niveaux de critique face à la vaccination. Ceci nous permet d'inclure les différents points de vue concernant les thèmes de l'étude. Une autre raison d'opter pour la composition d'un tel échantillon est de pouvoir séparer les réponses des différents types de participantes pour, à la fois obtenir une diversité de données car nous ne cherchons pas le consensus, et comparer les données lors de l'analyse des résultats.

Le niveau de scolarité se situe entre des études collégiales (ou l'équivalent) et le doctorat. Les âges varient entre 44 ans et 69 ans et le nombre d'années d'expérience est entre 7 et 38 ans. Elles sont d'origine québécoise, européenne ou africaine et

parlent toutes le français. Certaines ont été ou sont professeures, quatre d'entre elles cumulent deux professions comme PDLs qu'elles ont pratiquées successivement ou parallèlement, soit médecin et homéopathe, infirmière et sage-femme, ou encore infirmière et homéopathe. Les lieux de pratique incluent Montréal, Québec, Laurentides, Chaudière-Appalaches, Mauricie, Rive-Sud de Montréal et Bas-St-Laurent (Annexe F).

3.2.3.5 Le recrutement : limites et réticences

Le recrutement a été difficile. Les participantes, toutes réticentes à participer à cette étude avaient eu des expériences difficiles soit avec les études de la SP, dans les directions régionales des CLSC, suite aux pressions de leurs Ordres professionnels, de leurs assureurs ou de leurs employeurs, ou à cause des préjugés face à leur profession et l'ambiance de délation qui plane dans leur milieu de travail quand le sujet de la vaccination est abordé. Il faut savoir qu'elles vivent beaucoup de pression (peur d'être stigmatisées, dénigrées comme professionnelles et même de perdre leur emploi). Ce phénomène est souligné dans plusieurs études qui s'adressent à des populations dites cachées ou difficiles à joindre (Groger *et al.*, 1999; Shaghaghi *et al.*, 2011). Je suis reconnaissante envers les participantes de l'étude car elles m'ont chacune fourni du matériel extraordinairement riche, varié et solide en informations. Cette participation a permis la cueillette de données à la fois personnelles, professionnelles, scientifiques et sociales qui amènent des nuances inédites au débat sur la vaccination et nous permet d'enfin sortir de sa polarisation qui, entre autres, fait de ce sujet un tabou.

Si vingt-sept PDLs ont été approchées soit directement, soit par les personnes clés, seulement treize ont accepté. La majorité a participé avec beaucoup de réticence et une demande de garantie supplémentaire de confidentialité a été proposée d'où un

second formulaire d'engagement à la confidentialité entre participantes. Notons également que cinq des treize participantes, qui étaient plus proches de leur retraite, ont déclaré avoir moins peur de parler pour cette raison. D'autres informatrices clés ont raconté que les PDLS approchées qui étaient plus jeunes et plus craintives refusaient de parler de ce sujet compte tenu de leur emploi. Nous aborderons ces situations singulières dans notre analyse et notre discussion.

3.2.4 La conduite des entretiens

Les entrevues ont eu lieu entre janvier et juillet 2015 et ont été menées par la chercheure. Les participantes avaient le choix de faire l'entrevue en personne dans le lieu de leur choix, par téléphone ou via Skype (Hanna, 2012; Sturges et Hanrahan, 2004). Sur les treize entrevues, six ont eu lieu en personne, trois par Skype et quatre par téléphone. Les règles d'éthique les plus strictes ont été respectées et un certificat d'approbation éthique a été émis à cet effet (Annexe A1). Les règles en ce qui a trait à la confidentialité au sujet de la recherche ont aussi fait l'objet d'un formulaire qui a été signé, engageant les participantes à ne pas divulguer d'information (Annexe A2).

Nous avons effectué des entretiens d'une durée moyenne d'une heure et demie (1 ½ heures) afin de permettre d'identifier les thèmes clés liés à l'étude. Le principal objectif était d'inviter les PDLS à formuler leurs inquiétudes, leurs critiques et à raconter leurs expériences face à la vaccination infantile. Nous avons choisi d'explorer ces contextes afin de mieux comprendre comment ils sont liés au développement d'un tel savoir hétérodoxe et nous avons également demandé aux participantes d'élaborer sur le processus décisionnel et sur les connaissances liées à leur choix et aux gestes qu'elles posent.

3.3 Grille d'entrevue

Notre grille d'entrevue comporte un résumé des principaux thèmes à couvrir afin de ne pas omettre de sujets, sans toutefois limiter la spontanéité des participantes, l'exploration de nouveaux sujets ou la flexibilité de la chercheuse (Geoffrion, 1992). Un canevas d'entrevue contient diverses questions possibles (Annexe E).

Les entrevues se sont déroulées autour de 3 questions principales:

- *Ce qui a amené les PDLs personnellement, professionnellement à être critique face à la vaccination ? (les types/éléments de preuve pour soutenir leur critique);*
- *Comment sont-elles reçues quand elles émettent leurs inquiétudes, leurs critiques sur la vaccination ?*
- *Comment se fait-il, selon leur point de vue et si c'est le cas, qu'il soit si difficile d'aborder ce sujet au Québec ?*

Les verbatims ont été transcrits dans leur intégralité tout en respectant l'anonymat des participantes et en suivant toutes les règles éthiques prévues, dès que l'entrevue était réalisée. Ceci favorisait le travail d'analyse au fur et à mesure que les entrevues se déroulaient, permettant par conséquent de préciser les questions.

Remarque sur l'importance des notes de terrain

Il faut souligner que les notes de terrain favorisent « un travail réflexif pendant la recherche », fournissent un « lieu pour exprimer ses interrogations, ses prises de conscience » et permettent de « consigner les informations [jugées] pertinentes » (Savoie-Zajc, 2000 :196). Ces notes servent à « retrouver la dynamique du terrain et à reconstituer les atmosphères qui ont prévalu pendant la recherche » (*Ibid* : 196). Dès le début du travail de terrain, et régulièrement durant tout le processus de notre

démarche, des notes de terrain ont été consignées. Nous avons utilisé à la fois des notes théoriques retraçant notre cheminement afin de donner un sens et une cohérence aux données compilées (questions, réflexions, idées, concepts, interprétations), des notes personnelles (toute information à propos des entrevues, de la relation, de propos non enregistrés, d'intuitions pendant la collecte de données) et les notes descriptives sur lesquelles nous avons basé notre analyse (ce qui a été vu et entendu). Selon Denzin et Lincoln (2003), ces notes constituent un instrument privilégié d'expression de notre propre subjectivité.

3.3.1 Contribution des participantes à l'analyse des résultats

Une des préoccupations de la recherche féministe, outre le désir de vouloir « rompre le lien hiérarchique entre 'le sujet' et 'l'objet' » (Ollivier et Tremblay, 2000 : 48), est la contribution au changement social. Cette volonté se réfère au maintien de « la recherche sur une lancée émancipatoire, c'est-à-dire d'en faire un instrument d'action politique capable d'influencer les politiques publiques et de changer les expériences des femmes. Cela signifie de faire sortir la recherche de sa tour d'ivoire, notamment en s'assurant d'une bonne collaboration des participantes à la définition de la problématique, à la collecte des données, à leur analyse et à leur interprétation » (Ollivier et Tremblay, 2000 : 38). Il s'agit dans cette étape de « soumettre le travail à l'évaluation critique des participantes » (*Idib* : 136).

Ainsi, dans une deuxième étape de l'analyse, les participantes ont été invitées à prendre connaissance des résultats et à valider les données recueillies, ce qui a permis de les mettre dans le rôle d'expertes, une position que nous leur reconnaissons comme intervenantes et spécialistes en santé. Les participantes ont ainsi contribué à la mise en commun de leurs savoirs, afin de considérer leur utilité, leur pertinence et leur apport à l'amélioration du bien-être de la collectivité. Cette démarche, en plus de

« contribuer au développement d'une relation non hiérarchique, peut constituer une expérience de conscientisation et d'action en vue d'un changement social [et] favoriser la prise en compte de la diversité parmi les femmes » (Ollivier et Tremblay, 2000 : 127). Ceci peut aussi permettre aux participantes de se réapproprier une certaine parole à travers la recherche même si celle-ci est construite et représente la position de la chercheure. Nous pensons que cette démarche pourrait contribuer à accroître le savoir sur la vaccination.

3.4 Méthode d'analyse

Notre analyse des données s'est appuyée sur les méthodes propres à la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1998; Paillé, 1994) de façon à documenter et à mieux comprendre le contenu des inquiétudes et critiques de PDLS sur la vaccination infantile. Les carences identifiées dans les écrits à ce sujet et le biais vaccinaliste observé dans l'approche du phénomène de l'hésitation à la vaccination ont constitué entre autres des éléments nous incitant à emprunter l'analyse par théorisation ancrée. Nous avons toutefois adapté cette approche aux singularités de notre objet d'étude.

3.4.1 Théorisation ancrée : méthodologie de recherche féministe de Charmaz

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'impact des chercheuses féministes sur la recherche est multiple. Les notions sur les façons de faire de la science, les suppositions sous-jacentes à la science, sur qui crée le savoir et qui le diffuse, les biais de sexe, de genre, de race liés à la science, ont tous été soulevés (Harding, 1991). Selon nous, la théorisation ancrée (*grounded theory*), développée à partir de l'approche de théorisation empirique et inductive, nous permet une analyse complexe sur des questions complexes (Keddy *et al.*, 1996) et est spécialement utile pour étudier des sujets controversés et des groupes de personnes qui sont difficiles d'accès

(Glaser, 1998; Glaser et Strauss, 1967). Si Glaser et Strauss ont légué les bases de cette méthode en 1967 et l'ont plus tard explicitée (Strauss et Corbin, 1998; Corbin et Strauss, 2008), Charmaz (2006) a contribué à la développer comme outil de recherche féministe lié à la théorie du point de vue (*standpoint theory*). En plus du débat féministe lié à la science des idées, à la philosophie des sciences et à la sociologie de la connaissance, les chercheuses féministes doivent justement « se positionner » sur des projets de recherche, d'où la nécessité d'avoir précisé notre posture épistémologique. En effet, certaines auteures (Keddy *et al.*, 1996; Kushner et Morrow, 2003; Charmaz, 2006) soutiennent que la théorisation ancrée, une méthode qualitative bien établie, peut être considérée à la fois comme une méthode et une méthodologie féministe si la chercheuse est ancrée dans la philosophie féministe. Si, comme l'explique Harding (1991), la méthode de recherche est une série de démarches précisées par des outils utilisés afin d'arriver à un but précis, la méthodologie de recherche en tant que réflexion sur les pratiques suivies, représente l'ensemble des suppositions, valeurs, cadre théorique qui accompagnent l'activité de recherche et forment les questions de la chercheuse.

Une version plus « constructiviste » de la théorisation ancrée a été développée par Charmaz (2008), professeure de sociologie à l'université de Californie, qui dit que « le but des méthodes interprétatives n'est pas de faire une reproduction exacte du monde ou du phénomène étudié, mais d'offrir un portrait du monde étudié » (Charmaz, 2006 : 10). Bien que critiquée (Breckenridge, 2012), sa méthode vise à valoriser la créativité inductive de la méthodologie classique en mettant en résonnance le constructivisme au sein de la recherche sociale. Le constructivisme affirme que la réalité est construite par des individus qui attribuent un sens au monde qui les entoure, défiant ainsi la croyance qu'il existe une seule vérité objective qui peut être mesurée par la recherche (Charmaz, 2008).

Charmaz a donc proposé une version de la théorisation ancrée qui « présume le

relativisme des multiples réalités sociales, reconnaît la création mutuelle des connaissances à la fois par le-la spectateur-trice et l'acteur-trice, et vise une compréhension interprétative du sens donné par les sujets » (Charmaz, 2003 : 250). Dans un souci de justice sociale, Charmaz (2005) nous dit qu'adopter des stratégies de la théorisation ancrée nous amène à soumettre des idées et des perspectives à des tests empiriques. Aussi, nous ne devons pas simplement importer les concepts d'hégémonie et de domination mais les traiter comme des concepts « sensibilisants » (: 512) qui doivent être explorés sur le terrain. Nous devons considérer ces concepts comme problématiques par leurs caractéristiques dans la façon dont ils sont vécus et compris, et non seulement comme ils sont représentés théoriquement dans les manuels. Ainsi pouvons-nous réellement nous intéresser aux notions de capacité d'agir, de pouvoir, de statut et de hiérarchie, des notions particulièrement intéressantes quand il s'agit d'étudier des savoirs hétérodoxes en santé. Car, selon Charmaz (2005), les recherches par théorisation ancrée peuvent montrer comment les inégalités se jouent à des niveaux interactionnels et organisationnels. C'est-à-dire, la façon dont les membres de divers groupes les définissent; comment et quand ces différences affectent leurs actions. Les chercheurs-res doivent définir comment, quand, et dans quelle mesure les participants-tes construisent et adoptent le pouvoir, le privilège et l'inégalité (: 512). La version constructiviste de la théorisation ancrée présente le contexte, les positions, les discours, les significations et les actions, et peut donc être utilisée pour faire avancer la compréhension des façons dont le pouvoir, l'oppression et les inégalités touchent différemment les individus, les groupes et les catégories de personnes. Enfin, la méthode de théorisation ancrée fournit des outils importants pour révéler les liens entre les expériences concrètes de souffrance et la structure sociale, la culture, et les pratiques ou les politiques sociales (Charmaz, 2011). Selon nous, cette problématique convient tout à fait à la réalité vécue par les PDLS de notre étude. En effet, comme nous le verrons, les participantes décrivent le contexte dans lequel elles travaillent comme étant un lieu où règnent des inégalités interactionnelles et organisationnelles.

L'apport principal de Charmaz à sa version de la théorisation ancrée est « la nécessité de construire une image qui réassemble, restitue et puise dans la vie des sujets » (2011 : 270). Le principe central étant de donner la parole aux participantes, cette auteure nous encourage à intégrer les multiples voix, points de vue et visions en reconstituant leurs expériences. Dans sa critique de la version classique de la méthode, Charmaz considère qu'il existe une distance avec les participantes, laissant ainsi les chercheuses dans un rôle d'autorité. La méthode de Charmaz a comme particularité de toujours maintenir la présence des participantes dans la démarche de recherche et dans le texte final. Un autre principe clé de la théorisation ancrée constructiviste sera donc le désir de « co-construction », ou de « co-analyse », c'est-à-dire une collaboration de l'analyse des données dans l'interaction entre la chercheuse et les participantes, préconisant du même coup une relation mutuelle aboutissant à la création d'une réalité partagée (Charmaz, 2006). Dans cet esprit, nous avons plutôt décidé de faire valider nos résultats par un retour auprès des participantes, en leur soumettant l'analyse des données à laquelle certaines ont choisi de contribuer.

3.4.2 Procédure

Notre recherche nécessitait une analyse détaillée qui peut soulever l'identification de questions importantes et permettre d'observer le comportement de groupes plus marginaux dans la population sur un sujet controversé, d'où l'exigence d'un examen précis des transcriptions des verbatims et une approche systématique des données (Huberman et Miles, 2003). La forme des matériaux provenait des versions intégrales et originales. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Les transcriptions et les notes de terrain recueillies ont fait l'objet d'une analyse effectuée selon les différentes étapes de la méthode d'analyse choisie (Paillé et Mucchielli, 2012).

La collecte et l'analyse des transcriptions et des notes de terrain ont été effectuées manuellement en respectant les différentes étapes nécessaires à la méthode d'analyse de données par théorisation ancrée (*grounded theory*⁸⁶). Cette méthode d'analyse qualitative des données vise « à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996, p. 184). C'est une « démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène (...) et son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données » (Paillé, 1994 : 151). « Elle permet une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation. (...) Il ne s'agit pas vraiment de produire une théorie au sens de modèle de travail pour la compréhension, mais une théorisation, c'est-à-dire d'arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes » (Méliani, 2013 : 436).

La méthode par « théorisation ancrée se donne pour objet la construction de théories empiriques fondées à partir de phénomènes sociaux à propos desquels peu d'analyses ont été articulées » (Laperrière, 1997 : 310). « Il s'agit d'un mode d'analyse des données qui vise à faire émerger les catégories, à dégager la signification d'une situation pour lier, dans un schème explicatif, les divers éléments d'un phénomène » (Dionne, 2009 : 82). Il s'agit, un peu comme les explorateurs-trices sur de nouveaux territoires, de découvrir un univers sans connaître la destination et où cela va nous amener. Toutefois, cette méthode procède selon des étapes bien définies et poursuit quatre intentions (Strauss et Corbin, 1990) : d'abord construire plutôt que tester une

⁸⁶ Nous ne ferons pas ici toutes les nuances entre la théorisation ancrée « comme une adaptation-transformation de la *grounded theory* » (Méliani, 2013 : 437) selon Paillé (1994). On peut simplement dire que la méthode par théorisation ancrée est moins ambitieuse et vise essentiellement l'analyse de données (et non une stratégie générale de recherche), et qu'elle possède un objectif de théorisation (et non un objectif de production d'une théorie) et est composée d'opérations conduisant à la construction théorisante (et non composée de codages multiples) (Méliani, 2013 : 438).

théorie; ensuite, donner une rigueur au processus de recherche qualitative; aussi, viser à assumer les biais ou les préjugés des chercheurs-res; et procurer l'enracinement des données pour construire, à partir de celles-ci, une théorie correspondant le plus à la réalité qu'elle veut représenter.

L'analyse par théorisation ancrée se caractérise essentiellement 1) par une approche inductive interprétative (Méliani, 2013) qui part du concret vers l'abstrait, en cernant les caractéristiques principales d'un phénomène où la direction est indiquée par les données; 2) par la circularité (Guillemette, 2006) de la collecte et de l'analyse des données ce qui permet de confronter les premiers résultats de l'analyse aux données suivantes et de vérifier au fur et à mesure les hypothèses de travail qui se dégagent des données lors des entretiens suivants ; 3) par un échantillonnage théorique (Méliani, 2013), ce qui veut dire qu'on ne connaît pas à l'avance la taille de l'échantillon avant d'atteindre la saturation (là où les données deviennent répétitives); 4) par la sensibilité du-de la chercheur-re (Guillemette, 2006) nécessaire pour théoriser, pour donner un sens aux données, en dégager les implications, les liens des phénomènes en cause pour arriver à un schéma explicatif (Paillé, 1994). Il s'agit de jeter un nouveau regard sur la compréhension d'un phénomène. D'où l'importance des notes de terrain qui participent à une réflexion théorique modifiée au fil des entrevues et de l'analyse devenant de plus en plus précise.

Nous avons suivi le processus d'analyse de Paillé (1994 : 153) qui comprend six opérations. La première étape était *la codification*, qui consistait à étiqueter l'ensemble des éléments du corpus de données en thématissant les unités de sens. En deuxième, l'étape de *la catégorisation* consistait à porter l'analyse à un niveau conceptuel plus large, en détachant les catégories de leur ancrage dans les données et en nommant les aspects les plus importants du phénomène auquel renvoyaient les données. La troisième étape reposait sur *la mise en relation* des catégories pour expliciter les liens existants entre elles ; c'est en fait le début de notre analyse. La

phase d'*intégration* s'est faite à la quatrième étape consistant à cerner l'essentiel du propos, à délimiter la problématique principale. Pour l'étape cinq de la *modélisation*, il s'agissait de tenter de reproduire la dynamique du phénomène analysé, reproduire l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles du phénomène. Enfin, pour la sixième étape de la *théorisation*, nous proposons une construction minutieuse et exhaustive de la 'multidimensionnalité' et de la 'multicausalité' du phénomène étudié (Paillé, 1994 : 153). Cette étape a permis l'élaboration de schémas explicatifs sur le contenu et la signification des diverses critiques des PDLS sur la vaccination. Nous avons aussi soumis les résultats aux participantes interrogées qui ont eu l'occasion de donner leurs commentaires (4.6) sur l'analyse des résultats que nous verrons dans le prochain chapitre.

Les critères pour déterminer la pertinence d'une recherche qualitative ont été redéfinis par plusieurs auteurs-res. Charmaz (2005 : 528) inclut par exemple la crédibilité (familiarité de la chercheuse avec son sujet, données suffisantes, comparaisons systématiques), l'originalité (nouvelles connaissances, significations sociales et théoriques, défis face aux idées et pratiques courantes), la résonance (liens avec la collectivité, offre du sens sur la vie et le travail des individus, révèle un pris pour acquis), l'utilité (offre des interprétations utiles aux individus, suscite de nouvelles recherches dans d'autres domaines, contribue à la société ou aux politiques).

C'est ce que nous tentons de présenter dans les deux chapitres suivants, soit par le biais de l'analyse des résultats au chapitre IV et de la discussion au chapitre V.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Nous présenterons dans ce chapitre les résultats de notre recherche qui avait deux objectifs. Dans un premier temps, il s'agissait de documenter les discours hétérodoxes des professionnelles de la santé (PDLS) interviewées face à la vaccination afin d'en apprécier le contenu et de comprendre le sens de leurs inquiétudes et de leurs critiques; dans un deuxième temps nous voulions tenter d'expliquer pourquoi critiquer la vaccination est un sujet tabou.

Plusieurs événements des dernières années ont mis en évidence la polarisation du débat sur la vaccination et le raffermissement de la position de l'État en faveur de moyens plus ciblés pour augmenter l'observance de la population et des PDLS aux programmes de vaccination et les persuader de la nécessité et de la sécurité des vaccins. À cet égard, de très nombreuses études portent sur le phénomène de l'hésitation à la vaccination et sur les stratégies pour la contrer. La recension des écrits pour cette thèse démontre que ces études, toutes disciplines confondues, ont en très grande majorité un biais vaccinaliste, c'est-à-dire un discours univoque qui ne semble pas considérer aucune remise en question à l'égard des vaccins.

La littérature officielle diffusée sur le sujet de la vaccination énumère ses succès historiques et contemporains face aux épidémies sans considérer les controverses médicales et scientifiques. Elle ne parle pas non plus du problème de sous-signalement des effets secondaires ou des victimes d'effets indésirables, et ne semble pas tenir compte des autres pratiques en prophylaxie, ni des données historiques faisant état du déclin des taux de mortalité de la plupart des MI dans les pays riches

avant l'introduction des vaccinations. Et la présence des liens avérés entre l'industrie du vaccin, ses promoteurs, les lignes directrices de pratique et les études sur la vaccination demeure voilée.

Les autorités de SP, soucieux des réticences de PDLS à l'égard des vaccins soutiennent que ce sont de « fausses croyances » et les « mauvaises preuves » qui les amènent à être critiques de la vaccination et de ses pratiques. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de mieux comprendre l'expérience de ces PDLS ainsi que le contenu de leurs critiques. C'est ce que nous avons tenté d'approfondir.

Analyse des résultats

La démarche d'analyse que nous avons choisie a permis de documenter et de comprendre les inquiétudes et les critiques de chacune des participantes avec nuances et précisions dans tout le spectre des possibilités. Le choix d'un recrutement ciblé (échantillonnage intentionnel) participe à cet objectif. Les catégories, mises en relation et intégrées, nous amènent à présenter une modélisation (Paillé, 1994) nous permettant une théorisation du contenu des discours dans toute sa complexité et sa profondeur, démarche qui est propre à la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Charmaz, 2005; Laperrière, 1997).

Dans cette partie nous exposons les caractéristiques à la fois de l'origine de la critique des PDLS à l'égard des vaccins et de son contenu. Des thèmes clairs et communs ont émergé des entrevues ce qui a permis de voir apparaître quatre éléments centraux du contenu de la critique des PDLS participant à notre recherche. Le premier point (4.1) concerne ce qui détermine le contexte d'une critique de la vaccination, son origine. Le second élément (4.2) s'adresse à ce qui constitue une grande part du contenu de la critique vaccinale, principalement à propos des connaissances qu'elles considèrent incomplètes à propos des vaccins. Puis, le troisième point (4.3) présente les types de

références scientifiques diverses utilisés par les PDLS pour supporter leurs critiques. Le quatrième élément (4.4) permet d'approfondir le contenu de cette critique en révélant une connaissance intime du système auquel participent les PDLS interrogées. Nous présenterons ensuite (4.5) les stratégies parallèles utilisées par certaines des PDLS pour négocier et résister dans leur pratique face au système avec lequel elles doivent composer. Un retour auprès des participantes a été effectué (4.6) pour faire valider nos résultats. Nous terminerons cette section (4.7) par une conclusion sur les résultats. Soulignons encore une fois que nous avons volontairement fait une place importante dans le texte aux témoignages (verbatim) des participantes.

4.1 De l'impact de l'expérience

Il nous semble essentiel de présenter l'origine de la critique des PDLS qui correspond au point de départ d'une position différente à celle de l'orthodoxie. Comme nous le verrons, c'est principalement suite à une expérience vécue comme témoin d'effets secondaires après la vaccination qui va déterminer l'ancrage de la position hétérodoxe des participantes face à cette mesure préventive. Selon Hartsock (1983), l'expérience sociale des femmes fournit un point de vue unique (point de vue situé) pour découvrir la source des revendications sur la nature de la vie sociale. De plus, certaines PDLS ont eu l'expérience avec une MNC contestée au Québec ce qui leur a permis d'accéder à une autre forme de savoir en santé. Les résultats nous indiquent que l'origine des inquiétudes et de la critique des PDLS face à la vaccination est basée sur deux sources, soit leur expérience personnelle et leur expérience professionnelle.

4.1.1 Les expériences personnelles

4.1.1.1 Témoins d'effets secondaires

Ce sont des expériences personnelles marquantes comme femme, mère, grand-mère ou amie que certaines expriment spontanément, des situations où elles ont vu des enfants malades suite à la vaccination, qui sont le point de départ d'un questionnaire. Elles ont avant tout été témoins d'effets secondaires chez leurs propres enfants ou ceux d'une proche parenté :

H2 « C'est l'expérience [avec mon fils], il a eu à moment donné une vaccination de tétanos qui l'a rendu très malade. Personne ne savait ce qu'il avait. Il a eu de la fièvre. Il est devenu très, très faible. Pendant un bon bout de temps, on ne savait pas. Il avait des médecins autour de lui qui disaient ben on sait pas... ».

SF10 « Moi, j'ai un frère handicapé qui était placé dans des centres toute sa vie. Et dans certains centres, les enfants qui étaient dans des lits à côté et qui étaient légumes maintenant, étaient devenus handicapés suite à des vaccinations. Et ça, ça m'est revenu quand j'ai eu à me questionner pour mes enfants ».

H1 « [vers 1955] une petite cousine qui était née 6 mois avant moi, et donc quand elle a eu son 18 mois les parents se sont précipités pour aller la faire vacciner parce que c'était vraiment la terreur. Et elle est morte foudroyée par le vaccin ! Et mon père, a fait cette déclaration en disant : 'si elle doit avoir la polio, elle l'aura mais je ne la ferai pas vacciner'. Et, ça été le début de l'histoire de la non vaccination dans cette famille ».

Ces événements marquants sont souvent à l'origine d'un questionnaire sur l'innocuité présumée des vaccins, qui participera à un changement de trajectoire face au discours orthodoxe.

L'impact d'une expérience personnelle peut ébranler même les convictions de PDLS tout à fait vaccinalistes qui n'avaient jamais douté de la vaccination ou des pratiques

vaccinales. Cette participante a vu ses certitudes vaciller en étant témoin d'un effet secondaire grave chez l'enfant de son amie et par conséquent, elle a ensuite retardé la vaccination de sa propre fille. La peur la plus forte, qu'elle soit de la maladie ou des effets secondaires possibles du vaccin, sera aussi un facteur central de la décision de vacciner, de retarder ou ne pas vacciner.

M13 « C'est cette relation d'amitié... son expérience [avec son enfant]... il y avait une question, un doute raisonnable. Elle a brisé ce « pris pour acquis », je ne m'étais jamais, jamais questionnée sur les vaccins. Oui, la plupart des cas c'est normal mais il y a aussi un autre côté qu'elle a amené qu'on ne nous enseignait pas à l'époque... Ma fille elle a été vaccinée mais il y a eu le vaccin à 18 mois, ROR on l'a vaccinée à 4 ans. Avec les affaires de mon amie, on l'a repoussé. Mais elle a tout tout eu, elle les supporte très bien. Je sais que je vais avoir une discussion avec sa pédiatre pour le vaccin contre le cancer du col de l'utérus... Contre les méningocoques, non, et je sais qu'il y a des problèmes secondaires et mon enfant est vaccinée contre tous les méningocoques de tous types, ABC, Bexséro oui, je prends le risque. Mais pour une lésion précancéreuse contre 4 types de virus [VPH] alors moi je suis beaucoup plus prudente ».

4.1.1.2 Témoin des pressions sur les mères

Conis (2013) a démontré que les gouvernements ont diffusé la vaccination de masse des enfants en visant la responsabilité des mères. Certaines PDLs confirment ce que nous avons observé dans plusieurs écrits en ce qui a trait à la pression exercée spécifiquement sur les mères pour assurer l'observance à cette intervention. La pression peut être inscrite dans les normes sociales de « bonne mère » ou prendre la forme d'une demande de justification de la part d'une mère résistante.

SF5 « Donc pour être une bonne mère, (...) Ce qui est bon pour la santé du bébé, c'est ça ! Ce qui est bon pour la santé du bébé, c'est de vacciner. Et donc, c'est la norme à la fois idéale et statistique ».

I9 « Quand ma fille s'est fait vacciner, je n'étais pas présente. J'ai émis mon désaccord. Par écrit, oui, et une infirmière m'a téléphonée à deux reprises pour questionner mon désaccord. Je n'ai jamais dit que j'étais infirmière, parce que dans la vie... Mais je lui ai dit que j'ai bien pris connaissance du formulaire, et non, je ne suis pas en accord pour l'instant avec la vaccination. Et je m'attends à ce qu'elle respecte notre décision comme parents. À deux reprises ! Une n'était pas suffisante ».

Cette pression peut aussi se faire directement sur les enfants à l'école, comme nous le raconte cette participante.

M11 « Elle [sa fille] était dans le premier cycle secondaire, dans une classe, le prof a demandé de lever la main ceux qui n'ont pas eu de vaccin [contre la méningite]. Et, elle a levé la main. Et là, le prof a raconté l'histoire d'une jeune femme qui ne s'était pas faite vacciner et qui avait fait une méningite et qui avait gardé des séquelles... j'ai trouvé que c'était de l'intimidation ».

4.1.1.3 Expérience avec une MNC contestée

Pour certaines PDLs, ce sont aussi des succès thérapeutiques (pour elles-mêmes, leurs proches et parents) avec une MNC contestée au Québec, principalement la médecine homéopathique qui, sans être à l'origine de leur position plus critique face à la vaccination, y ont contribué. Des participantes ont eu des parents européens, des pays où s'exercent en toute normalité d'autres formes de soins. Certaines ont aussi eu l'expérience d'avoir été soignées avec une MNC dans leur vie ce qui leur a permis d'avoir d'autres outils devant les expériences négatives de la vaccination.

H2 « Ça ne faisait pas si longtemps [que mon fils] avait été vacciné, puis à ce moment-là, c'est Dr X [pédiatre homéopathe français] qui a vraiment mis le doigt dessus... il a donné un remède et puis ç'a remonté tout de suite... il m'avait dit que pour certain type d'enfant, la vaccination du tétanos était dangereuse. Il l'avait expérimenté dans sa pratique de pédiatre ».

SF8 « [En] Allemagne, où j'ai voyagé avec mes enfants, un de mes fils a attrapé une bronchite... Et là on est allé chez un médecin, il a dit : 'Attendez avant qu'on prescrive des antibiotiques, essayez d'abord pendant 2, 3 jours, les granules homéopathiques'. Alors le pharmacien ne regarde pas de travers quand ils sont devant un flacon d'homéo ».

I7 « Moi, j'ai commencé en acupuncture, ma fille avait 5 ans... Parce qu'elle faisait de l'asthme. Ma fille n'a jamais été asthmatique par la suite ».

Ce savoir non conventionnel, cette connaissance de ce qui se fait ailleurs qu'au Québec semble favoriser aussi un regard plus critique sur le statut des professions en santé.

I9 « Bien je sais j'ai deux collègues qui ont travaillé en Europe. L'homéo c'est... même souvent le statut d'homéopathe est avant le médecin de famille. En Allemagne, c'est comme un des berceaux là... ».

I7 « Ici, on n'en parle pas en médecine. On ne veut pas en parler. On n'abordera pas l'acupuncture, on n'abordera pas même la chiropractie qui est une vieille, vieille pratique médicale... ».

4.1.2 Les expériences professionnelles

4.1.2.1 Encore témoin d'effets secondaires

En plus des expériences personnelles, les expériences professionnelles cliniques des PDLs sont déterminantes dans leur questionnement et leur position face à la vaccination. Encore ici, le fait d'être témoin d'effets indésirables ou de ratés dans l'efficacité des vaccins s'avèrent être des facteurs centraux de cette critique.

M3 « Alors ces enfants-là se promènent avec des toux de nuit trois mois de temps [après le vaccin coqueluche] (...) Pis ils ont des pompes, des rayons X des poumons, pis des antibiotiques, pis ils ont tout. Ils arrivent pour venir me voir : « Monsieur, Madame, c'est la coqueluche... ». Ça m'est arrivé de voir ça

par exemple, après un vaccin coqueluche, (...) Une drôle de toux. Ça traîne. Les médecins, ils ne comprennent pas. Le réflexe coqueluchoïde un an après! ».

H12 « Une de mes petites filles après avoir reçu le vaccin de l'hépatite à 2 ans est devenue complètement différente, d'une extrême irritabilité, changement de comportement complet. Ce n'est qu'après des soins homéopathiques que son état est revenu à la normale ».

Néanmoins, si certaines PDLs deviennent plus critiques suites à de telles expériences, d'autres restent convaincues des bienfaits de la vaccination tout en remettant en question les pratiques vaccinales comme nous le verrons.

4.1.2.2 La difficulté du signalement des effets indésirables

Il faut rappeler que l'importante force normative de la vaccination contribue à marginaliser l'incidence des événements indésirables (selon les sources, entre 90-99% des événements indésirables graves ne sont jamais signalés⁸⁷) ce qui contribue à exclure les discours hétérodoxes sur la vaccination. Pourtant, un système de vaccinovigilance est un élément central des connaissances sur l'innocuité à long terme des vaccins.

M13 « Le signalement est la base d'un système de vigilance. On ne peut pas prendre des décisions pour une population sans tenir compte de ça ».

Les PDLs interrogées ne font que très rarement de déclaration à Santé Canada même si elles ont parfois aussi été témoins d'effets secondaires graves qui les ont bouleversées. S'ajoute à cette impuissance la difficulté de les déclarer, à cause des

⁸⁷ Au Canada quelques études (Fuller, 2010; Hazell et Shakir, 2006; Pearson, 2013; Peterson, 2009; Rawson, 2015) ont été réalisées démontrant notamment que le taux de sous-signallement des effets indésirables pour les médicaments se situait en moyenne à 94 %. Rappelons que dans l'étude de Lopez-Gonzalez *et al.* (2009), les facteurs associés à ce sous-signallement incluaient principalement l'ignorance (95 %), le manque de confiance (72 %) et la léthargie ou le manque d'intérêt (77 %). On peut croire que les taux de sous-signallement pour les vaccins seront supérieurs.

critères restreints de signalement ou du statut de leur profession :

M3 « J'ai déjà vu des effets secondaires de vaccins, un abcès par exemple [signalé] à la Santé Publique, tout ça... (...) Mais bon, tu sais, d'autres effets secondaires qui arrivent un mois après, ils ne reconnaîtront jamais ça (...) Ben là, toutes ces affaires-là de régression de développement (...) On le voit à tous les mois. 'Il faisait ça le mois passé, il ne le fait plus là!' (...) Pourquoi qu'il ne fait plus ça, tu sais ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui est arrivé ? Peut-être commencer à poser des hypothèses. (...) Une étude là-dessus ! Ils n'en feront pas, c'est sûr ! Leur façon de faire, c'est de toujours dire que ce n'est pas relié à la vaccination ».

SF8 « (...) mettons il a un enfant qui a un syndrome ou un problème neurologique, ce qui est arrivé vraiment! Les parents font le lien. (...) Et le médecin dit : « Mais c'est trop loin, on ne peut pas faire de lien entre le vaccin et l'évènement ». Le délai entre l'injection et l'apparition des effets secondaires, il y a toujours l'argument : « Oui, mais on ne peut pas prouver que c'est ça, c'est trop loin ».

H12 « J'ai eu une petite fille de 2 1/2 ans qui a reçu de multiples vaccins dans la même journée celui du DCT et les autres qui y sont ajoutés et le ROR : dans les 4 heures qui ont suivi ça a déclenché une crise de RAA [rhumatisme articulaire aigu] tellement douloureux qu'elle criait, pleurait, ne se laissait plus approcher, mordait et pendant des semaines et des semaines cela a duré jusqu'au moment où elle a eu un suivi homéopathique ».

I9 « Une collègue qui a été vaccinée, en dedans, de maximum, 2 jours, a eu un syndrome de Guillain Barré... puis je sais que c'est une saga qui a duré 5 ans à notre établissement et... (...) Bien j'ai su que ça n'a jamais été reconnu. Elle a choisi de quitter cet employeur-là. Puis elle a eu maille à partir, pour être capable de travailler ailleurs, étant donné qu'elle a été entachée dans son dossier, elle était un élément dérangeant ».

Des participantes de chacun des groupes de PDLS de cette étude ont spontanément parlé de cette impossibilité de faire reconnaître le lien entre la vaccination et l'effet indésirable, ce qui décourage le signalement. Ces situations, souvent racontées, contribuent grandement aux inquiétudes des PDLS de notre étude, sur l'innocuité des vaccins et sur le système de vaccinovigilance mis en place par l'État.

4.1.2.3 Des expériences cliniques non conventionnelles

D'autres PDLS encore, ayant des pratiques médicales non conventionnelles et qui connaissent le traitement des épidémies par d'autres médecines, ont eu l'expérience clinique de soigner avec une MNC, particulièrement l'homéopathie, suite à la vaccination.

M3 « Moi j'avais traité deux enfants. Ils avaient la même sorte de fièvre, j'ai donné les mêmes granules. Tout de suite après ils allaient mieux. Aconit. Tiens, tu sais ! (...) Quand je faisais de l'homéopathie, j'ai vu un enfant malade qui tombait malade à répétition, ça n'en finissait plus. Puis je pensais que c'était autour d'une vaccination, je dirais, ça pouvait même aller un mois après, tu sais, j'avais idée que ça pouvait suivre ça. (...) Quand j'en faisais, j'ai fait ça moi, donner le vaccin [qu'il avait eu] à dose homéopathique ».

H6 « Sa femme s'était fait vacciner aussi [comme son mari] puis elle a eu des problèmes plus digestifs, des problèmes chroniques après. Mais les deux étaient sûrs que c'était suite au vaccin. Ils se disaient : 'là, c'est la seule affaire qui est arrivée'. Puis je l'ai vu lui en consultation puis je l'ai traité avec un remède [homéopathique] suite de vaccin... Donc il y a bien des liens avec l'homéopathie, mais c'est inquiétant quand tu vois ça, parce que tu dis : 's'il n'y en a pas d'homéopathie, ces gens-là...'. Moi quand je l'ai vu, ça faisait 3 ans ».

Ces expériences à la fois personnelles et professionnelles révèlent que les participantes sont d'abord témoins d'une réalité qu'il est difficile d'aborder ouvertement. Elles ont une construction du savoir autour de la vaccination plus hétérogène et non conventionnelle que ce qui est attendu d'elles. Comme nous le verrons maintenant, la complexité du contenu des critiques des PDLS sur la vaccination et ses pratiques met en lumière les différents éléments qui contribuent à une plus grande compréhension du phénomène de l'hésitation à la vaccination dans ce groupe de la population.

4.2 Du manque de connaissances sur les vaccins

Le deuxième élément central du contenu de la critique des PDLS recrutées se rapporte aux connaissances qu'elles considèrent incomplètes à propos des vaccins. Contrairement à ce que soutiennent les études de la SP (Dubé *et al.*, 2011; Dubé *et al.*, 2013; Petit *et al.*, 2007; Sauvageau *et al.*, 2014), notre recherche démontre plutôt que les PDLS interviewées ne sont ni ignorantes, ni « croyantes » mais ont de nombreuses connaissances de toutes origines, des expériences alternatives, des savoirs hétérodoxes, que nous qualifions ici de savoirs interdits, qui amènent et/ou renforcent une critique de la vaccination.

4.2.1 « On ne sait pas tout ». Les limites des connaissances actuelles

Si on reconnaît les effets secondaires à court terme des vaccins, comme par exemple dans le cas du vaccin RRO (« la fièvre peut apparaître de 5 à 12 jours après la vaccination » (Doré et Le Hénaff, 2016 : 563)), les PDLS recrutées, témoins aussi d'effets secondaires au long cours mais non répertoriés, se trouvent face à l'incertitude quant à l'efficacité et l'innocuité réelles des vaccins. Elles voient, par exemple, des éclosions et des incidences importantes de maladies chez les vaccinés, à l'instar de plusieurs exemples qui ont été soulignés dans la recension des écrits. Ce qui laisse croire que les connaissances sur l'efficacité des vaccins sont limitées.

M3 « Ça je savais que le vaccin n'était pas à 100 % tout ça mais j'ai toujours eu dans ma pratique [de médecin] des petites éclosions de coqueluche ».

M11 « Un nouveau pour le Zona mais bon. Aux dernières conférences [de médecins], il protégeait à 50 %, ou 40-60 là. Des fois, les gens me demandent. Moi, je leur dis c'est à votre médecin de famille de voir avec votre état de santé, ça protège juste à moitié. Ben tu sais, j'ai plein de patients qui l'ont eu et qui ont quand même fait un zona ».

Les participantes considèrent aussi qu'il y a un manque de connaissances sur plusieurs aspects de la vaccination : sur les nouveaux vaccins ADN (hépatite B et anti-VHP issus de l'ingénierie génétique), sur les types de vaccins et leur contenu comme les adjuvants, sur la multiplication des vaccins combinés, sur le manque de données concernant l'innocuité et les risques de la vaccination. Ces lacunes des connaissances orthodoxes sur les effets indésirables inquiètent plusieurs PDLs. Comme il a été suspecté au sujet du vaccin anti-VPH (Cummins, 2012; Georget, 2014), cette médecin et cette homéopathe soulèvent le risque d'atteinte beaucoup plus profonde par les vaccins :

M3 « Une autre affaire aussi, (...) où ils ne mettent plus d'œufs de poules (...) ils mettent de l'ADN humain... Moi, ma crainte, c'est qu'il y ait de l'échange d'ADN avec nos cellules à nous autres. D'ailleurs, quand on échangeait avec la poule ou le singe, ce n'est pas génial non plus... En tout cas parce que le virus quand il peut échanger son ADN avec nos cellules ».

H1 « La sensibilité augmente, indépendamment du vaccin qui est donné. (...) Donc, l'intoxication est beaucoup plus profonde, des problèmes chroniques beaucoup plus permanents. Un exemple le plus récent de quelque chose qui est surajouté de très peu, on a un vaccin Hexa qui est donné à 2 mois, 4 mois, 6 mois et il inclut l'hépatite B. Et ça, c'est un désastre ! Il y a des réactions neurologiques. Des enfants qui, ne serait-ce que sur le plan comportemental ne font que crier, pleurer, ils perdent le sommeil, etc. On voit bien que l'atteinte est bien le système nerveux, pas juste une fois ! ».

La question de la méconnaissance des effets à long terme, une des conséquences du sous-signallement, est fréquemment mentionnée, même chez les plus observantes à la vaccination. Cet élément contribue à la critique sur les limites des connaissances sur les vaccins, même s'il s'agit d'être témoin d'un effet qui n'est que soupçonné.

M13 « Pourquoi je ne l'ai pas fait [le vaccin anti-VPH] mis à part qu'il y a beaucoup d'affaires qui se parlent – ma fille fait beaucoup de sport et j'ai vu que les filles développent plus de problèmes au niveau articulaire – je n'écarte pas qu'éventuellement elle soit vaccinée mais ça me donne du temps pour voir ce que sont les effets à long terme car maintenant on ne le sait pas... moi je n'ai

aucune envie que ma fille développe un Lupus. [Une] jeune femme dans la vingtaine elle a été vaccinée à 16 ans – elle m’a dit : ‘je ne sais pas s’il y a un lien de causalité mais j’ai développé un Lupus plus tard...’ Vous avez vu le film du Danemark, il y a un médecin de Merck, la compagnie, il dit : ‘on ne le sait pas’ ».⁸⁸

La recension des écrits a mis en lumière, par exemple, la controverse encore présente, entre autres en France, sur l’innocuité du vaccin contre l’hépatite B, un vaccin ADN, dont les données épidémiologiques semblent montrer un lien avec l’augmentation de la sclérose en plaques. Une participante souligne à son tour le manque de reconnaissance des effets à long terme de ce vaccin, ayant été témoin d’un cas.

H6 « Bien je pense que le pire que j’ai vu, c’est après un vaccin d’hépatite B, c’est un homme qui était en train de jouer au golf, il est tombé inconscient. Après ça, il est toujours resté avec un problème d’élocution, de chercher des mots qu’il ne trouvait pas. Puis il a été à l’hôpital presque 3 mois à ne pas pouvoir sortir tellement son métabolisme était affecté. Puis on sait que le vaccin d’hépatite B ça peut prendre des mois à s’installer. Alors il y en a qui ont [des réactions] très rapidement, il y en a où ça peut arriver dans les 3 à 6 mois. Donc on sait que c’est documenté. Mais il y en a que ça va passer dans le vide, on ne saura jamais que c’est ça ».

Comme certains auteurs le soulignent (Shoenfeld *et al.*, 2015; Girard, 2014; Classen, 2011, 2014), des PDLS craignent aussi pour les générations futures et se questionnent face à l’accroissement des maladies chroniques reliées à la multiplication vaccinale. Contrairement à cette hypothèse, « certains auteurs se sont interrogés sur la paresse induite dans les systèmes immunitaires par le chômage de la défense antibactérienne et sur la possibilité d’un retournement des mécanismes immunitaires contre les composantes de l’organisme (auto-immunité) » (Moulin, 2010b : 341), comme chez cette participante :

⁸⁸ Il s’agit du documentaire (*The Vaccinated Girls – Sick and Betrayed*, 2015) sur des cas d’effets indésirables du vaccin anti-VPH au Danemark et des témoignages de victimes et de médecins (<https://www.youtube.com/watch?v=GO2i-r39hok>).

M13 « Le système immunitaire se transforme. Pourquoi on est en train de développer toutes sortes d'allergies... et il y a la théorie d'être trop propre. Le système immunitaire, et c'est ce qu'on disait à la radio – je suis tout à fait d'accord – ne peut pas être en train de se tourner les pouces, il s'ennuie alors il travaille sur des choses sur lesquelles il ne devrait pas ».

À l'opposé de cette position, d'autres considèrent, comme nous l'avons souligné dans notre recension, qu'avec l'augmentation des éléments du calendrier vaccinal, « la multiplication des stimulations immunitaires leur paraissait, au moins théoriquement, susceptible d'activer des voies métaboliques avec production de cytokines⁸⁹, aux conséquences imprévisibles » (Moulin, 2010b : 341) comme des maladies autoimmunes par exemple (Shoenfeld *et al.*, 2015; Zafrir *et al.*, 2012). Ces deux participantes expriment aussi leur inquiétude face au fait qu'« il est impossible d'évaluer aujourd'hui le prix des adaptations passées aux stratégies d'immunisation multiple » (Moulin, 2010b : 314).

SF10 « Puis après ça, donc oui, de peut-être créer des risques de maladies secondaires ou des problèmes d'immunité ou des problèmes sur plusieurs générations, de modifier quelque chose puis de dire: 'est-ce que les cancers ou la leucémie qu'on a'... Deux générations plus tard... C'est quoi la source première? Mais bon, on n'aura jamais de réponse là. Mais je te dis juste qu'il y a un questionnement quand même et à court terme et à long terme »..

H1 « D'abord, il y a le fait que les générations se font vacciner les unes après les autres. Alors je te dirais que l'effet le plus important c'est ce que Burnett [en 1884] appelait la vaccinose, c'est-à-dire c'est vraiment l'effet profond au niveau immunitaire, qui sont vaccinés, qui ont des enfants qui sont vaccinés. La charge vaccinale augmente... Alors, donc, je crois que tout le processus vaccinal est polygénérationnel et fait augmenter la statistique des... De quoi ? De la population à risque pour développer de l'autisme ou des choses semblables ? ».

Certains auteurs (Classen, 2014), soupçonnent une association entre la vaccination et des manifestations négatives du système immunitaire en réaction à la surcharge

⁸⁹ Les cytokines sont des éléments agissants, entre autres, avec les cellules du système immunitaire pour en réguler l'activité et la fonction.

immunitaire des vaccins. Ces médecins ont aussi ce doute quant au lien avec la vaccination et ce qu'elles observent en clinique.

M3 « (...) nos enfants sont des laboratoires ! On est en train de faire des tests sur eux autres pis plus tard on va dire : Ah ! On n'aurait pas dû ! Comme en médecine on le dit souvent. (...) On fait des essais sur eux. On va s'en rendre compte plus tard ... Je me demande si l'obésité n'a pas un lien aussi avec toutes ces vaccinations-là. Je pense parce que... ils sont gros, ils sont gros... ».

M11 « Souvent des crises d'eczéma, parce que moi je traite la peau. Crise d'eczéma après vaccin, c'était toujours dans mes questions chez les enfants ».

Les deux perspectives opposées sur le fonctionnement du système immunitaire – 'il a besoin de travailler' (« *il ne peut pas être en train de se tourner les pouces, il s'ennuie* » M13) versus 'il est surchargé par les vaccins' (« *on a un vaccin Hexa qui est donné à 2 mois, 4 mois, 6 mois et il inclut l'hépatite B. Et ça, c'est un désastre !* » H1), illustrent le manque de connaissances encore présent aujourd'hui. Face à ces incertitudes, on peut se demander pourquoi les autorités de SP acceptent de l'industrie des vaccins combinés contenant de plus en plus d'éléments. En effet, comme le note cette médecin, on ne sait pas tout...

M3 « Je sais qu'on ne sait pas tout. (...) Tu sais, mais bon... Ça ne les dérange pas trop. 'Ils savent tout, ils savent tout mais là, à moment donné oupsss ! Y'a une étude qui dit que là c'est dangereux de donner ce médicament-là. Ah ! Comment ça se fait qu'ils sont supposés tout savoir pis que finalement ils ne savent pas tout, tu sais ! Moi, quand je suis sortie de l'école on ne traitait pas le cholestérol. C'est-à-dire qu'on l'a traité pendant que j'étais aux études, quand je suis sortie des études on a arrêté de le traiter, après ça été remis... C'est quoi ça ? Ils savaient-tu que ça ne valait pas la peine ? Ils ne savaient pas ! Personne ne sait rien là ! ».

4.2.2 « Où on va s'arrêter » ? La vaccination tous azimuts

Il n'est donc pas surprenant qu'une des critiques qui se répète fréquemment dans les écrits est celle où un grand nombre de PDLS s'inquiètent du fait que les enfants reçoivent trop de vaccins (Dubé *et al.*, 2012b; Salmon *et al.*, 2008). Les participantes de notre étude s'en inquiètent aussi et certaines trouvent que le vaccin est présenté comme une panacée, qu'il y a des vaccinations tous azimuts contre de plus en plus de maladies. Rappelons qu'un nouveau-né de 2 mois reçoit un vaccin hexavalent (vaccin DTC-HepB-Polio-Hib) avec, au cours de cette même visite, pneumocoque (Prevenar), rotavirus (Rotarix), auxquels on ajoute parfois méningocoque B (Bexsero).

SF5 « Ça ne finit plus ! C'est infini ! Je pense qu'on va être vacciné contre la vieillesse, contre je ne sais pas quoi, contre les chutes ! (...) Parce que finalement tu vas vouloir vacciner les femmes, puis peut-être ça va aller au fœtus, puis peut-être qu'ils vont être vaccinés avant de naître là t'sais. C'est comme peut-être au cas où... Bien je n'ai pas de misère à croire ça ».

M3 « Bien moi, pour commencer, j'ai été inquiétée par la résistance aux antibiotiques dès ma formation, dès ma première année de médecine... au lieu de donner des antibiotiques résistants on va vacciner ! Mais là, si on offre des vaccins à tour de bras, pis qu'on leur fait penser que c'est la solution à tout... Ils vont trouver plus de vaccins, tu comprends ! Y'a pas de fin. Où est-ce qu'on va s'arrêter ? Un moment donné ça va nous prendre un vaccin avant d'aller aux toilettes, contre le E. coli ! Je veux dire non mais où ça va s'arrêter ? (...) Mais bon, je me dis, la première année de vie, on pourrait-tu les épargner un peu parce que là à deux mois là, combien est-ce qu'ils en ont dans le corps en même temps, huit, si je mets la méningite séparée ? ».

En fait, à la lumière de ces témoignages, il est possible de dire que plusieurs des PDLS interviewées sont plutôt critiques des pratiques vaccinales et non de la vaccination en général, c'est-à-dire, la charge du calendrier, l'âge auquel les enfants sont vaccinés et les conditions dans lesquelles on le fait. C'est ce qu'exprime cette homéopathe.

H1 « Sur le calendrier de vaccination (...) l'âge à laquelle on commence me semble ridicule, la saison n'est souvent pas appropriée. Vacciner un bébé de deux mois en plein hiver, au moment où circulent un maximum de virus, contre lesquels on ne pourra pas le protéger de toute façon contre tout parce que c'est viral. Donc, la saison, ça ne va pas. (...) Très précisément le calendrier vaccinal... On commence à vacciner à deux mois, alors que tout ce qui a de plus moderne en terme d'études de la physiologie, des connaissances du système immunitaire démontrent que le système immunitaire, c'est une fonction qui doit maturer ».

Un autre point soulevé à propos du calendrier vaccinal concerne son évolution au fil des décennies. Mais aussi l'évolution des maladies qui mutent et la perte de l'immunité naturelle qui rend les populations plus susceptibles et prédispose, selon Moulin (2004), à des retours d'épidémies de MI (voir C.6).

H1 « [Un] critère qu'il faut prendre en considération, c'est le fait que, moi, quand j'ai fait mon cours de médecine, on m'a raconté à peu près la même chose qu'on me raconte actuellement sur les vaccins. On n'a pas évolué. Le calendrier vaccinal n'a pas évolué sinon d'en rajouter, on ne tient pas compte de la réalité, ni de l'évolution de la maladie ».

Il semble exister une remise en question de la science incontestable du vaccin. Ainsi, bien des éléments faisant partie de la science du vaccin sont remis en doute par les PDLs de notre étude et contribuent à expliquer le contenu de la critique sur la vaccination. Plusieurs s'inquiètent de la fiabilité des preuves produites par l'industrie.

SF5 « Ce sont les mêmes personnes qui définissent le problème et la solution ».

Ces constats sont bien ancrés dans une expérience professionnelle et aussi basés sur un savoir scientifique élaboré, documenté et bien étayé comme nous le verrons maintenant.

4.3 Des éléments de preuve pour appuyer la critique

4.3.1 « Autant des monographies que des lectures alternatives ». Des références scientifiques diverses

Le troisième thème du contenu de la critique contribuant par ailleurs à la construction d'un savoir hétérodoxe chez les PDLS interrogées, touche le fait que ces participantes soient en grande partie assez critiques de leur formation médicale comme le soulignent celles-ci:

I4 « Dans les livres de sciences infirmières là, ils ont un chapitre sur la vaccination. Puis on dit même qu'il y a des effets secondaires ! ... C'est une des raisons pour lesquelles j'ai pris ma retraite à 55 ans... Je vivais un conflit de valeurs terrible ! Je ne pouvais plus continuer là-dedans. Mais je prends juste comme exemple, ce qu'on fait pour conditionner les gens à considérer la vaccination comme une panacée, puis elle est indispensable ».

I7 « C'est parce que je faisais mon baccalauréat à ce moment-là en nursing... Alors, c'était une question qui était à l'ordre du jour dans ma formation. J'ai beaucoup lu. J'avais des informations et puis je travaillais en santé maternelle et infantile. En périnatalité au CLSC X. Alors la vaccination, je me suis dit qu'on vaccinait les enfants beaucoup trop et on ne faisait pas attention de mettre beaucoup de vaccins en même temps lorsque les enfants sont tout petits ».

Un autre facteur qui contribue fortement à la construction d'un discours hétérodoxe a trait aux diverses informations rencontrées tout au long de leur parcours. Les entretiens ont permis d'énumérer plus précisément les différents types de références qui sont utilisés pour appuyer leurs critiques. Ceux-ci comprennent les sources habituellement admises par les autorités, comme les monographies, les recherches publiées dans les revues du courant dominant, l'*EBM*, les recherches orthodoxes et la documentation parallèle (*gray literature*). Mais la majorité a aussi des références non conventionnelles.

SF8 « Les études cliniques (...) autant des monographies, que des lectures alternatives ou conventionnelles. Et même des recherches... Il y a beaucoup de livres européens pour la vaccination. Il y a des livres américains qui sont assez radicaux, plutôt là... En fait, j'en ai plusieurs en allemand. (...) les livres [du Groupe médical suisse] comme Choffat et Berthoud [les médecins homéopathes suisses] je l'avais dans la petite bibliothèque ».

Toutefois, une participante souligne tout de même l'importance et la reconnaissance de l'*EBM*.

M13 « Il faut arriver avec des études scientifiques, des ECR [essais cliniques randomisés] ».

Certaines PDLs connaissent les données historiques sur les maladies infectieuses dans l'histoire et l'amélioration des conditions de vie avant la vaccination. Ces faits historiques sur l'évolution du monde moderne et les travaux sur l'adaptation, un concept central en biologie au XX^{ème} siècle (Moulin, 1994; Omran, 1971; Salomon, 1991), peuvent susciter un questionnement sur la vie avant les vaccins (Revillard, 2001). Comme cette sage-femme qui souligne le manque de preuves statistiques sur le fait que la vaccination ait à ce point sauvé des vies :

SF10 « On y croit que ça va sauver des vies. (...) Il y avait des auteurs des années 50-60-70, qui avaient fait des études puis qui démontraient que durant le temps de la guerre entre autres, des pays vaccinés et des pays non-vaccinés les taux de régression avaient été les mêmes. Puis eux autres, ce qu'ils démontraient, c'était plutôt au niveau de l'hygiène de vie et de l'eau qui avaient transformé ces pays-là plus que la vaccination ».

En conséquence, en plus de l'expérience professionnelle et de leur connaissance du système de santé, que nous verrons par la suite, tous ces facteurs nous révèlent la multitude des sources d'information qui contribuent à construire le savoir hétérodoxe des PDLs sur la vaccination infantile et à mieux saisir les raisons de leur hésitation.

4.4 De la connaissance intime du système de santé

Notre analyse dévoile une réalité de l'univers des PDLS liée à la vaccination qui est complexe, étonnante et peu connue qui se rapporte à la connaissance intime qu'ont ces femmes du système de santé. Cette connaissance peut nous aider à comprendre encore plus précisément le contenu de leurs critiques et de leurs inquiétudes face à la vaccination. D'abord, les PDLS nous font part, ici, de diverses structures ou moyens mis en place pour assurer l'observance à la vaccination et qui semblent être vécus comme des moyens de pression : un premier type de pression lié à leur pratique (surveillance, sanctions et devoir de promotion des vaccins, hiérarchie des professions) et un autre, lié à leur savoir (influences de l'industrie ou du discours officiel et unilatéral sur la vaccination, dénigrement ou suppression des savoirs hétérodoxes). Nous pouvons également constater que ces PDLS ont une vision de la santé qui est plus globale (un aspect qui sera discuté plus en détails à la section 4.4.8). Ces connaissances influencent aussi la construction de leur critique de la vaccination et mettent en lumière tout un système qui soutient et reproduit cette intervention médicale préventive normée.

4.4.1 « Tu ne t'es pas fait vacciner, tu n'es pas payée ». Surveillance, sanctions et peur

Les PDLS interviewées qui sont critiques de la vaccination, vivent des expériences particulièrement troublantes dans leur milieu. Rappelons qu'en 2009, lors de la crise de la grippe A H1N1, les autorités de SP ont présumé que les infirmiers-ères et les médecins avaient tort de résister à cette vaccination et les infirmières qui ne se faisaient pas vacciner risquaient d'être retournées à la maison sans salaire (Harvey, 2009). Le ministre de la Santé de l'époque mettait aussi les médecins en garde de ne pas décourager leurs patients de se faire vacciner (Rioux Soucy, 2009). L'ambiance de délation, le blâme de mettre les autres en danger et la stigmatisation de ceux et

celles qui ne se faisaient pas vacciner pendant cette crise, rappellent que la vaccination porte en elle une force normative particulière.

De la même manière, les PDLS interviewées témoignent de l'impossibilité d'émettre des doutes sur la vaccination dans leur milieu. Elles relatent les pressions subies pour vacciner et se faire vacciner. Il semble que, par exemple, le fait que la vaccination ne soit pas obligatoire au Québec n'est pas donné comme information aux individus dans une démarche de consentement. Les PDLS, comme les parents, font plutôt face à des mesures coercitives/répressives instaurées par l'État avec des mécanismes de surveillance et de sanctions. Ces PDLS avouent être forcées de se taire pour éviter la répression.

I9 « Qu'est-ce qui a changé maintenant ? Si une employée démontre des symptômes grippaux et est en arrêt de travail, avec un diagnostic - tu sais que maintenant la grippe est à déclaration obligatoire. Donc c'est passé comme individu, en plus comme employée, c'est inscrit dans ton dossier. Si tu as des symptômes grippaux, mais que tu ne t'es pas fait vacciner, tu n'es pas payée. Donc tu n'as pas ton assurance salaire ».

M3 « Ça me rend un peu aussi anxieuse des poursuites et tout ça (...) Mais je veux dire, si jamais ça m'arrivait là, moi [d'être poursuivie pour ne pas avoir parlé d'un vaccin], je jette mon tablier là ! (...) Puis les compagnies [d'assurances] attendent ça de moi. Ils le savent que je suis pognée à la gorge. Fait que là, si je n'étais pas médecin là, bon, tu sais, je suis moins 'poursuivable', tu sais. Ça prend un coupable. C'est ça l'affaire. C'est pour ça qu'on arrête pas [de vacciner], et qu'on dit rien, puis qu'on se ferme la gueule. C'est pour ne pas avoir de trouble. (...) La vaccination, évidemment, légalement parlant, tout ça, je suis protégée, même s'il arrive un effet vaccinal... ».

Les mêmes embûches sont soulignées au sujet de la difficulté de parler de ce sujet au Québec, par l'auteure du film « *Silence, on vaccine* », Lina Moreco. Elle note la difficulté particulière de recruter des médecins québécois pour son film (Moreco, 2010).

Les pressions dont témoignent les PDLS de notre étude prennent aussi la forme de reproches. Les sages-femmes, par exemple, se font dire qu'elles ne réfèrent pas les nouveaux-nés assez tôt pour la vaccination, qu'elles laissent trop de place aux parents face à la décision. Il y a aussi une allusion à leur supposée position antivaccinaliste.

SF8 « Je reviens à ma réunion entre gestionnaire des CLSC, donc directement en vaccination, où on ne me regardait même pas. Parce qu'on sait bien les sages-femmes... (...) Parce qu'elles m'ont dit : 'Votre clientèle vient un peu tard pour... Celles qui se font vacciner, viennent tard pour s'inscrire au CLSC. Comment ça se fait ?' ».

SF5 « Les sages-femmes se font « accuser » entre guillemets, d'être contre la vaccination et donc tranquillement de donner aux parents beaucoup d'information critique. Et même anti-vaccin ! Mais on dit que notre champ de pratique, c'est en général la grossesse jusqu'à 6 semaines après naissance. Et puis les vaccinations commencent à 8 semaines et donc... Ce n'est pas de nos affaires ! (...) Parce que là on passait, c'est clair aux yeux du ministère qu'on est anti-vaccin là. C'est pour ça qu'il y a eu des recherches entre autres [sur l'attitude des sages-femmes] (...) Tu ne veux pas être catégorisée, marginalisée et stigmatisée, c'est quelque chose là ».

Il existe donc une peur de l'autorité chez tous les groupes PDLS, qui se traduit de plusieurs façons, comme la possibilité de perdre leur salaire si elles sont malades et ne sont pas vaccinées, de perdre leur emploi si elles expriment une hésitation; il y a la peur d'être poursuivies, d'être stigmatisées ou culpabilisées, et la peur de la délation et des sanctions. Il y avait effectivement une peur de participer à notre recherche comme nous le verrons plus loin.

4.4.1.1 Diverses sources de crainte de l'autorité

Cette crainte de l'autorité a en effet plusieurs sources. Les entrevues nous révèlent que pour les médecins, c'est la peur des assureurs, du Collège des Médecins du Québec (CMQ) et de certaines études sur leur attitude en partie critique devant la

vaccination (Dubé *et al.*, 2012b; Manuel *et al.*, 2002). Les sages-femmes, de leur côté, vaccinatrices depuis 2008, venaient de recevoir la publication du rapport de la SP (Sauvageau *et al.*, 2014) qui se questionnait entre autres sur leur influence face à la décision des parents de faire vacciner leur enfant ou pas. Le rapport mettait de l'avant la nécessité « d'inclure les sages-femmes dans les interventions et activités de formation visant l'ensemble des vaccinateurs québécois » (: 76) laissant supposer leur responsabilité attendue face à l'observance des orientations en matière de santé publique.

SF8 « En fait, il y a eu une recherche, il y a quelques années sur l'attitude des sages-femmes par rapport à la vaccination. Et pourquoi la clientèle sage-femme se fait moins vacciner... Et on a trouvé ça dans la communauté sage-femme, un petit peu inquiétant, parce que ça pointe du doigt notre profession qui est déjà sous la loupe ».

Pour les infirmières, les pressions de performance et d'observance viennent plutôt des directions de CLSC, mais aussi d'études publiées régulièrement, comme celles du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) sur la résistance d'un certain nombre d'entre elles à la vaccination (Boulianne *et al.*, 2007; Dionne *et al.*, 2001; Petit *et al.* 2007; Sauvageau *et al.*, 2005).

I9 « Le gouvernement prend les rapports de la Santé publique pour mettre ses politiques, t'sais dans la grande chaîne là ! Le Ministère de la santé émet des directives à cause de la Santé publique. Le grand joueur, c'est la Santé publique. Parce que tu sais que maintenant on parle en terme de chiffres. Les filles spécialisées, l'infirmière vaccineuse, c'est toujours la Santé publique, la Santé publique, ils reviennent toujours avec ça ».

SF10 « Peut-être que ce qui a changé c'est les campagnes d'information de la Santé publique qui sont peut-être plus fortes qu'avant ».

Pour les homéopathes, la pression se fait de façon différente. Les changements récents à la réglementation de 2004 sur les remèdes homéopathiques par Santé

Canada et la position récente de l'Association canadienne de pédiatrie démontrent que leur présence dans le champ de la santé est perçue comme une menace (Al-Tawfiq *et al.*, 2009; Manuel *et al.*, 2002; Rieder et Robinson, 2015; Trivalle *et al.*, 2006). Pourtant, comme il est démontré dans notre recension des écrits, les homéopathes ne sont pas spécifiquement antivaccinalistes mais ont en main des outils thérapeutiques contre les MI démontrés historiquement comme étant efficaces. Les PDLS des quatre groupes interrogés dans notre étude affirment ne pas dissuader les parents à vacciner leurs enfants. Elles ne font pas non plus la promotion d'autres mesures préventives et, en cas de besoin, les plus critiques n'hésiteraient pas à avoir recours à la vaccination. Elles ont toutefois, comme les autres PDLS, le souci de respecter les parents et de supporter une démarche éclairée.

H2 « Puis, par rapport à ma pratique, je ne conseille jamais aux parents de ne pas faire vacciner ou de faire vacciner leurs enfants. Ce que je conseille, c'est de s'informer. Exactement comme je faisais au moment où je travaillais comme sage-femme. Je leur demande de s'informer, je leur donne des références ».

4.4.1.2 Peur de participer à la recherche

Comme nous l'avons souligné, le recrutement pour ce travail a été délicat et nous avons remarqué une réelle peur de participer à la recherche. Si vingt-sept PDLS ont été approchées soit directement, soit par les personnes clés, seulement 13 ont accepté. La majorité de celles qui ont participé l'ont fait avec beaucoup de réticence et une demande de garantie supplémentaire de confidentialité a été proposée d'où le second formulaire d'engagement à la confidentialité entre participantes.

I9 « C'est-à-dire que tu émetts ton opinion, puis tu es parfaitement consciente que tu peux perdre ton emploi. Fait que tu dis, bon, c'est correct là, je veux bien faire avancer la cause, mais est-ce que je souhaite perdre mon emploi ? Les infirmières [approchées pour la recherche], elles ne voulaient pas parler

parce qu'elles avaient peur pour ces raisons-là. (...) Ça n'a pas été dit comme ça, mais finalement elles se disaient qu'est-ce qui va se passer avec ça [les données de la recherche] ? »

SF8 « Puis même quand [la sage-femme informatrice-clé] me proposait la recherche avec vous, mon premier réflexe, ça a été : ' Est-ce que c'est encore une recherche qui va pointer les sages-femmes ? Puis, que vous ne vaccinez pas ! Puis vous découragez les familles à vacciner' (...) [la recherche de Dubé de la Santé publique sur les sages-femmes] puis ça ne nous sert pas en fait. Parce que ça, encore, nous stigmatise beaucoup. (...) On a tellement l'habitude entre guillemets de se faire pointer du doigt sur ce qu'on fait de pas correct-là ».

Il apparaît important de souligner que nous n'avons pas eu de très jeunes PDLs⁹⁰ car, comme nous ont rapporté des participantes, certaines qui avaient été approchées se sentaient en danger dans leur milieu de travail de révéler leur position face à la vaccination. Les PDLs plus âgées ont précisé qu'étant proche de leur retraite, parler de ce sujet tabou ne les menaçait pas autant. De plus, toujours selon certaines des participantes interrogées (sages-femmes et infirmières), il est possible que la jeune génération, arrivée après la vague de l'*EBM* des années 1990 qui a influencé tout le discours en santé et l'enseignement, soit à la fois moins critique du pouvoir biomédical, de la médicalisation ou des pratiques vaccinales, mais aussi davantage craintive face aux règles plus restrictives émises suite à la légalisation de leur profession.

SF5 « Elles [les jeunes sages-femmes] n'ont pas la réflexion. Alors tu penses que c'est ça qu'il faut faire. Elles pensent que c'est de l'information neutre et objective et elles ne posent pas le pourquoi. Parce que tout est *clean* là, scientifiquement avec les experts, etc. Donc, elles n'ont pas cette réflexion-là. Alors que nous on est venu d'une position critique par rapport à la médicalisation de notre corps. L'alimentation, la position sociale des femmes, plein de choses qui étaient comme critiques. Et donc, tout ça se tenait ensemble. Mais là, la jeune sage-femme, elle ne se doute pas de rien. [La vaccination] ce n'est pas un sujet qui est nécessairement partagé ou explicitement, parce qu'il

⁹⁰ La plus jeune participante avait 44 ans.

n'est pas enseigné tel quel. Donc il n'est pas partagé explicitement autre que de savoir ce qu'ils disent qu'il faut savoir. Mais dans une perspective de questionnement, encore moins féministe, puis encore moins entre des générations de sages-femmes. Ce n'est pas confortable pour les sages-femmes tout le temps. Pour les jeunes... Bien là, tu as le médico-légal à fond la caisse. Tu as l'Ordre professionnel qui est punitif plus qu'autre chose ».

En effet, comme nous l'avons souligné, plusieurs PDLS de chacun des groupes ont refusé de participer à une entrevue pour notre recherche par peur face à leur travail. Une sage-femme précise que concernant ses collègues, c'est aussi la crainte de l'utilisation des données générées par notre étude et la généralisation possible sur leur profession qui expliquaient leur refus de participer. Celles qui ont accepté étaient en majorité proches de leur retraite ou déjà retraitées.

M11 « [Participer à ta recherche] je suis en fin de carrière mais si ça se savait... ».

C'est aussi ce que cette participante note en prenant l'exemple du Dr. Fernand Turcotte, un médecin et professeur à la retraite, qui fait la traduction d'ouvrages critiques, comme ceux de Cassels (2012), Gotzsche (2012, 2013), Hadler (2008) et Welch (2006, 2011), sur la surmédicalisation, sur la surmédication et son industrie, sur le dépistage et le surdiagnostic.

I4 « Il [Turcotte] est un des rares au Québec ! C'est-à-dire, il peut parler, maintenant, il fait ça, il est à la retraite. Parce qu'il n'a rien à perdre quelque part. Puis ça n'enlève rien à l'admiration qu'on peut avoir pour lui. Mais par rapport aux jeunes générations, par rapport à l'endoctrinement, comment ça pourrait changer comme pour prendre l'exemple de la vaccination, on pourrait en prendre d'autres ».

Les expériences particulièrement difficiles vécues dans les divers milieux professionnels, décrites ci-dessus, illustrent bien les pressions vécues par les PDLS qui sont critiques face aux pratiques vaccinales. Ceci est également un exemple de

cette force normative liée à la vaccination qui règle les conduites des PDLS au Québec.

4.4.2 « On est sommé de les vendre ». Devoir faire la promotion des vaccins.

Il semble aussi exister d'autres types de contraintes que vivent les PDLS visées par notre recherche. Plusieurs parlent de l'obligation de faire la vente et/ou la promotion des vaccins même les « payants », c'est-à-dire ceux qui ne sont pas inclus dans le calendrier officiel (non remboursés par la RAMQ) et prouver qu'elles en ont fait la promotion.

M3 « J'ai des contraintes... Si on découvre que je n'avais pas parlé du vaccin méningite type-B [qui vaut 150\$ la dose X 3 doses], ou que je n'avais pas dit 'le rougeole-rubéole-oreillons n'est pas à jour', ça va prendre un coupable. Ma compagnie d'assurance a dit : 'si y'a un vaccin qui existe et que vous en avez pas parlé à quelqu'un, vous pouvez être accusée de ne pas en avoir parlé'».

Les pressions pour promouvoir les vaccins ont plusieurs origines. Pour les médecins, en plus de l'industrie qui présente les nouveaux vaccins dans leurs congrès médicaux, ce sont les compagnies d'assurances (comme l'Association canadienne de protection médicale – ACPM) et le CMQ qui vérifient les dossiers, et les PDLS doivent prouver qu'elles font la promotion des vaccins.

M3 « Toute façon à chaque fois que les vaccins au début sont payants, comme le Rotavirus... Comme la varicelle au début, comme la méningite type-B. À chaque fois qu'ils sont payants, qu'ils ne sont pas dans le calendrier régulier, on est sommé de les vendre... Alors, donc, en tout cas, on est très, très, très influençant pour vendre ça. (...) Ok, moi je trouve ça d'une iniquité totale... Mais tu sais, à un moment donné, qu'est-ce qu'on fait là, tu sais ! Qu'est-ce qu'on fait ? Parce qu'un coup que tu as donné le dépliant qui dit c'est recommandé et recommandable, faites ce que vous voulez de votre argent, mais tu sais, bon... La décision vous appartient... Ok je vous en ai parlé, dépliant remis, je suis couverte là...».

Les infirmières, de leur côté, sont tenues à un contrôle de la vaccination de leur clientèle où elles doivent, par exemple, téléphoner aux mères hésitantes. Il y a aussi le contrôle de leur propre carnet de vaccination. Et il existe des concours où des cadeaux sont offerts aux professionnelles qui vaccinent le plus grand nombre d'individus ou encore des « records » de vaccination qui sont publiés. La pression pour la promotion de la vaccination vient entre autres des directions générales des CLSC visitées par les autorités de SP. Ceci semble être vécu comme une forme de contrôle démesuré pour cette infirmière.

I9 « Elles [les infirmières] gagnent un voyage. Gagner un I-Pad. Tu avais trois prix en vaccination. Oui, j'ai bien dit : « Tu avais trois prix ». Chaque personne qui se faisait vacciner, moi, j'avais complété la fiche de vaccination, mais je devais inscrire aussi les gens qui se faisaient vacciner, leur numéro d'employé, où travaillaient-ils ? (...) Un premier prix, une somme pour un petit voyage. Un deuxième prix, un spa (...), puis un troisième prix, c'est un I-Pad, voilà. 'Moi je vais me faire vacciner, je vais avoir un I-Pad'. (...) Si on regarde maintenant, ça relève un peu plus d'un cirque, tu sais maintenant on a dans les airs des petites télévisions au mur, donc on va voir nos directions, nos cadres se faire vacciner. [Sur la télévision] Tu as une Web Cam là, c'est ça que tu vois. Tu vois ton DSIQ, le directeur des soins infirmiers, se faire vacciner, lever le pouce : « Hé ! Je l'ai fait ! Et tiens je suis fort ! ».

Les sages-femmes aussi doivent promouvoir la vaccination et vivent une certaine pression. Ceci se présente sous différentes formes dont, comme nous l'avons mentionné, des reproches à propos du délai avec lequel elles réfèrent les nouveaux-nés et de la liberté qu'elles donnent aux parents face à la décision. Mais cette participante souligne aussi une pression faite avec les « records » de vaccination.

SF8 « Vraiment, les infirmières, en tout cas les gestionnaires, elles sont très soucieuses d'avoir le bon record de vaccination. C'est une compétition sur leur service, elles vaccinent beaucoup. 'Nos employés se font vacciner, on est bon hein!' (...) Il y a vraiment comme un genre de concours de qui fait le plus vacciner. Quelle population a le plus été rejointe... Quand les bilans annuels sortent sur les couvertures vaccinales, etc. Bien ce n'est pas très beau d'avoir sa région qui ne se démarque pas... ».

Ces différents types de contraintes dont témoignent les PDLs de notre étude contribuent à alimenter leur critique de ce système qui semble bien élaboré pour assurer la participation de chacune de ses actrices à la promotion de la vaccination.

4.4.3 « Ça fait que c'est un 'tout-compris' ». L'influence de l'industrie

Notre recension comprenait plusieurs références sur les conflits d'intérêts de l'industrie pharmaceutique avec l'État, les décisions cliniques ou les activités académiques (Grifo *et al.*, 2012; Lundh *et al.*, 2010; Prescrire International, 2016; Rodwin, 2013; Shnier *et al.*, 2016). En ce qui a trait aux vaccins, c'est un sujet d'actualité qu'il est difficile d'éviter aussi (Barry, 2015; Girard, 2014; Lacoursière et Noël, 2011). La fin des années 1980 marque une période décisive où l'industrie pharmaceutique a acquis un énorme contrôle sur la façon dont les médecins évaluent et utilisent ses produits. Ses liens étendus aux praticiens-nes, en particulier avec les membres prestigieux des écoles médicales, influencent les résultats de la recherche, la façon dont la médecine est pratiquée, et même la définition de ce qui constitue une maladie (Angell, 2009; Shnier *et al.*, 2013). La dérèglementation canadienne des années 1990 a aussi eu des effets concrets sur l'industrie pharmaceutique (Lexchin, 2016), dont le marché du vaccin. Certaines participantes ont spontanément mentionné cette situation.

M13 « Des choses qui pourraient être prises pour acquises parce que c'est démontré que ça fonctionne ça fait 40 ans, alors on entre dans les bénéfices économiques que certains groupes peuvent avoir sur ça et on peut se poser des questions, pour moi on dépasse une ligne... Depuis la fin des années 90, la dérèglementation a des effets et on le voit dans toutes les sphères de la vie... C'est la jungle ! ».

Comme dans les écrits recensés où l'on note des conflits d'intérêts et la présence de lanceurs d'alerte dans le milieu scientifique de la vaccination (Barry, 2015; Girard, 2009; Riva et Spinoso, 2012; Tomljenovic et Shaw, 2012), certaines PDLs

interrogées doutent aussi de la transparence dans la divulgation des données des ECR par l'industrie ou encore, elles sont surprises de l'absence de recherches comparées.

SF8 « Aussi [je suis inquiète à cause] de la fiabilité des compagnies pharmaceutiques sur ce qu'elles prétendent et sur ce qui est aussi la réalité de la recherche autour de la vaccination. Souvent il y a vraiment un double discours. En tout cas, il y a un discours officiel et il y a une réalité qui n'est pas divulguée dans le public. Puis quand qu'on fait le moindre des recherches on comprend qu'il y a des problèmes mais qui ne sont pas du tout divulgués au quotidien. Donc c'est un problème de manque de confiance ».

M13 « On vaccine beaucoup au Québec. Est-ce qu'on prend par exemple les calendriers de vaccination de la France et on compare... il n'y a pas plus de MI en France. Il me semble que dans un monde globalisé, la moindre chose qu'on peut faire, c'est des études comparatives [vaccinés, moins vaccinés, non vaccinés]... À moins que tu te mettes sur un plan très paranoïaque de dire qu'il y a tellement d'intérêts au niveau des compagnies pharmaceutiques... Québec Inc ».

Certaines PDLS donnent l'exemple du contrôle de l'industrie sur les vaccins uniques par rapport aux vaccins combinés (Infanrix hexavalent pour la primovaccination et le rappel des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et le Hib). En effet, l'industrie fabrique et rend maintenant disponible principalement des vaccins combinés et la population ne peut donc avoir le choix comme dans les années 1990, comme le rappelle la récente crise en France au sujet de la pénurie du vaccin DT-Polio au profit du vaccin hexavalent contenant hépatite B (Girard, 2013; Joyeux, 2016). Les PDLS de notre étude ont rencontré des difficultés semblables.

SF5 « Quand les femmes demandaient juste ça [un vaccin unique] mais pas ça. C'est plus compliqué maintenant. Ils ne peuvent plus faire ça. Fait que c'est un tout-compris ».

M3 « Maintenant, on peut des fois essayer des les séparer, de ne pas en donner trois, quatre shots en même temps... mais pas comme avant... Non ! Non ! Tu ne peux plus donner tétanos tout seul... Tu ne peux plus donner... Rougeole, tout seul. Euh... C'est toujours DT qui vient ensemble, D2T5. Il y a toujours

deux unités de diphtérie. Tétanos seul je ne le retrouve pas. Rougeole, je ne peux plus. Les compagnies ont arrêté de le faire. Ce n'était pas assez payant. Bon, tu sais, c'est ça... ».

Cette question du marché du vaccin comme facteur influençant les politiques vaccinales, c'est-à-dire du contrôle de l'industrie pharmaceutique et son alliance avec l'État, fait aussi partie du contenu de la critique qu'ont certaines participantes.

SF8 « C'est un sujet qui mérite d'être discuté. Je pense que ce qui est très dur dans le sujet de la vaccination, c'était cette confiance aveugle aux compagnies pharmaceutiques, en fait, ça revient à qui impose des quotas de vaccination. Et je trouve qu'il y a peut-être quelque chose de très, très lobbying de la pharmaceutique sur le gouvernement... Bien on achète tel lot de vaccins, puis il faut les passer... Je pense qu'il y a un autocontrôle qui se fait, mais il y a aussi un lobby très, très fort au niveau médical, au niveau pharmaceutique. C'est terrible la pharmaceutique, du pouvoir que ça a sur les gouvernements ».

H1 « Le fait de la pénétration de la pensée à la fois capitaliste bien sûr, à la fois de concentration des entreprises, de ce genre, le type de recherche qu'on fait, relié à l'argent. Les chercheurs qu'on paie des prix de fou. Évidemment, les médicaments qu'on va pouvoir vendre... C'est une question de marché. Et comme je disais, la vaccination, pour développer ça, ça prend des sous et pour ça, il faut vendre des vaccins aussi ».

Dès les années 1950, des PDLs, dont des homéopathes américaines sensibles aux mouvements écologiste et féministe, faisaient une mise en garde face aux accointances des industries agro-alimentaires et pharmaceutiques avec les organismes gouvernementaux de santé, le monde médical et les experts scientifiques (Taylor Kirschmann, 2004). Il est intéressant de constater que cette participante regroupe les mêmes éléments dans sa critique sur l'industrie.

H1 « Il y a vraiment les intérêts évidemment, les intérêts des pharmaceutiques qui pour moi ne sont pas seulement des pharmaceutiques puisque ce sont les mêmes qui peuvent produire les médicaments, les insecticides, les pesticides, etc. C'est encore une fois un contrôle... Donc, il n'y a pas les mêmes conceptions et évidemment les intérêts financiers, matériels en jeu, c'est qu'on a l'impression qu'on fait vivre beaucoup de monde avec le type de science

qu'on produit de nos jours, et le type de science appliquée. Il faut qu'il y ait une application... Et l'intérêt de ces compagnies-là qui sont toutes puissantes au Canada et qui sont toutes puissantes en Amérique du Nord... ».

L'industrie peut aussi avoir une influence sur certaines PDLS qui se verront convaincre de la nécessité d'un vaccin suite à sa promotion dans un congrès quand elle ne l'était pas avant. C'est ce que nous indique cette médecin présente avec une collègue à un congrès sur le nouveau vaccin contre la méningite B.

M3 « À moment donné, pour la méningite [Bexsero], on s'en va là, le congrès avait un peu convaincu ma collègue de le donner. Là, moi, je dis toujours : Où est-ce que ça va s'arrêter ? Elle a dit : 'Oui, mais je pense que je vais le payer à ma fille' [qui a un bébé d'un an]. Je n'ai pas osé rien dire parce que le congrès l'avait convaincue ».

Certains-nes associent aux vaccins le *disease mongering*, ce façonnage de la maladie et l'utilisation des statistiques catastrophistes pour percer le marché du médicament (Borch-Jacobson, 2013). Ces participantes donnent l'exemple de la publicité pour le vaccin contre le Zona qui utilise justement les chiffres sur sa prévalence pour attiser la peur.

H6 « Écoute, je ne sais pas combien ils injectent de financement dans les pubs pour les vaccins, mais... Les gens écoutent une émission le soir, puis t'sais quand c'est tellement avec des glaçons dans le verre, puis que ça prend tes vaccins. Tu vas le voir 7 fois dans une soirée. Le zona, on voit des pubs dans le Publi-sac... Après ça on en a eu un dans la boîte aux lettres. Dans le Publi-sac, on en a eu 3, 4 fois là. Là il est indiqué qu'il y a tant de pourcentage de gens qui vont développer le zona ! ».

M11 « Bien moi, c'est sûr, je me dis, tu sais, c'est tellement moussé par l'industrie pharmaceutique... Tu sais comme là pour le zona, tu vois des annonces à la télévision ».

Cette influence évidente de l'industrie est aussi nourrie par le discours officiel sur la vaccination, comme nous le rappellent maintenant les témoignages des PDLS.

4.4.4 « C'est supposé qu'il y en a plus au Québec ». L'influence du discours officiel

4.4.4.1 La « scientificité » de la médecine

Le discours officiel sur la vaccination est basé sur des principes qui, nous l'avons souligné, écartent toute défiance ou toute autre forme de savoir.

SF5 « Donc le problème ce n'est pas ce qu'on sait. C'est que ceux qui produisent le savoir, c'est ce que eux autres ils veulent qu'on sache ».

Les arguments répétés reposent toujours sur les succès allégués du vaccin antivariolique (Dew, 1999; Moulin, 2004) et sur les bénéfices collectifs de prévention des MI par la vaccination de masse. C'est une rhétorique qui légitime les actions des autorités de SP, bien illustrée par le témoignage de cette participante en faveur de la vaccination.

M13 « C'est un développement de la connaissance médicale qui est mis à contribution de la prévention des maladies infectieuses, c'est tout. (...) Le fait que le vaccin soit ce petit antigène qu'on nous inocule pour que notre système immunitaire développe des anticorps, me semble tout à fait logique (...) la variole, on a été vacciné quand on était petite et moi j'ai souvenir de dire qu'on a éradiqué cette maladie-là à cause de ça; alors pour moi, mon idée initiale des vaccins c'est ça. Ce sont des maladies infectieuses qu'on peut prévenir au niveau individuel et même au niveau populationnel, éradiquer. Je crois dans ce projet... Au delà de ce côté individuel, c'est ce côté plus large qui est bénéfique, qu'on peut avoir avec une intervention d'une technologie médicale donnée ».

La construction du savoir autour de la vaccination est entre autres liée à cette notion encore bien présente que la médecine est essentiellement scientifique comme il est souligné ici.

M13 « La formation biomédicale traditionnelle a été présentée comme scientifique, comme grande et seule vérité. Et je dis... la médecine comme

science on sait, mais même les sciences c'est pas certain à 100 %. Et la pratique de la médecine est une pratique sociale et on a besoin de tous les deux et on a encore de la misère pour l'époque de la scientificité de la médecine pour le faire admettre ».

Cette construction d'un savoir orthodoxe souverain appuyé par le paradigme de l'*EBM* semble, pour certaines, freiner la possibilité de tout questionnement en santé qui amènerait un doute.

SF5 « Se questionner, c'est un minimum ! Ce n'est pas avoir le pied sur le break ! Mais un questionnement qui est sain. Parce qu'on a une influence, on est même influencé par les compagnies pharmaceutiques, par le restant du corps médical. Tu sais qu'ils font des pressions... C'est notre culture ! Ce n'est pas juste les médecins ! C'est toute notre société qui est prise là-dedans ! Ce n'est pas banal ! Mais si on veut travailler pour la santé, je pense que ça demande, éthiquement, qu'on ait la capacité de poser des questions. Mais en même temps les réponses proposées par le corps médical sont présentées, comme étant une réponse sûre ! *The evidence ! Everything is [evidence] base practice !* On n'est pas capable de justement de critiquer ! ».

SF8 « En fait, c'est le savoir par la démonstration scientifique. Mais c'est quoi la démonstration scientifique ? Est-ce que c'est en fonction des paramètres qu'on a aujourd'hui ? ».

M13 « Pourquoi il faut cacher un type de connaissance et pas un autre parce qu'il y a des gens que ça n'intéresse pas. On élimine des connaissances utiles qui dérangent ».

Une participante souligne précisément cette difficulté d'avoir une voix quand il s'agit de remettre en question la MC.

I4 « Il n'y a pas un lieu où on peut avoir une parole qui va être entendue... Où on va permettre une remise en question de la médecine ».

De plus, ce dont témoignent certaines PDLs c'est qu'aujourd'hui, le monopole de la MC, qui a instauré ce système de connaissances exclusif comme étant supérieur aux autres savoirs en matière de la santé (Freund *et al.*, 2003; Lupton, 2003; Martel,

1992; Saks, 1998, 2003; Sévigny, 1998), a réussi à exclure toute autre forme de connaissance. Ce monopole est particulièrement évident au Québec par l'absence de choix pour la population.

I7 « En France comme en Belgique, la médecine alternative a une belle place. On a souvent des médecins qui sont homéopathes eux-mêmes. Alors c'est beaucoup moins dangereux. Il y a moins la pression et la culpabilité là qui est au-dessus de la tête des gens là. Alors, ça leur confère certainement une plus belle liberté là par rapport à qu'est-ce que je choisis pour soigner. Ils ont le choix. Tandis qu'ici, il n'y a pas beaucoup de choix ».

H6 « Tu sais, nous [les homéopathes] on a des moyens. Donc puisqu'on a des moyens de faire autrement, sans effet secondaire, où on a vraiment confiance à l'efficacité. L'histoire l'a prouvé, notre pratique le prouve. J'opterais pour ça, mais il faudrait que la population soit informée qu'il y a d'autres options. Alors que là, on leur dit : 'C'est ça. Il n'y a rien d'autre à faire'. On leur fait peur ».

Par cette omission à la fois historique et contemporaine, le discours officiel affirme qu'il n'y a pas d'autres façons ou d'autres outils thérapeutiques pour traiter et prévenir les MI ou même de possibilité de considérer qu'il en existe, contrairement à ce que nous retrouvons dans les écrits. C'est cette idée que la vaccination est la seule intervention possible face aux MI qui est ici suggérée.

M13 « La peur qu'elle développe un cancer du col dans les années à venir quant à moi il y a d'autres stratégies qu'on peut utiliser pour éviter ça. Pour le méningocoque, non, il n'y en a pas d'autres ».

I4 « Mais comment ça pourrait changer ? On est parti d'un calendrier vaccinal dans les années quatre-vingt, qui avait sept éléments, t'sais aujourd'hui, il y en a seize éléments vaccinaux, on en donne huit à deux mois ».

Comme il a été noté dans la recension, diverses formes d'influences pour assurer l'observance aux programmes de vaccination sont constatées (Direction de santé publique de la Montérégie, 2015; SAGE, 2014). Elles sont aussi notées dans les

critiques des PDLS interrogées, comme par exemple, le contenu du discours officiel sur la vaccination souvent relayé dans les médias. Cette participante en donne un exemple :

I4 « Il y a eu récemment un cahier spécial qui est paru dans *Le Devoir* sur la vaccination. Puis dans ce premier article sur la première page du cahier, c'est une longue entrevue avec... le scientifique en chef au Québec, qui comme par hasard a un doctorat en pharmacologie. Donc lui, c'est le discours vraiment pur et dur sur la vaccination. Puis il faut vacciner ! S'il pouvait vacciner les enfants dans le ventre de leur mère, les fœtus il le ferait ».

4.4.5 « Ensuite on voyait si ça avait changé nos croyances ». Le vaccin comme seule voie raisonnable

Si les PDLS recrutées parlent de leur expérience au sujet des mécanismes de surveillance, de sanctions et des stratégies de promotion des vaccins comme étant des pressions vécues dans leur pratique, ces femmes rendent compte d'un autre type de coercition qui s'adresse plus spécifiquement à leur savoir. Nous avons noté dans les écrits un certain biais quant à la perception des autorités de SP de considérer les discours hétérodoxes de certains-nes PDLS critiques de la vaccination, comme des « fausses croyances ». Cette attitude se confirme avec le témoignage de cette PDLS qui explique qu'elles sont soumises à l'évaluation de leurs « croyances » à l'aide de questionnaires utilisés, par exemple, auprès des infirmières comme il est décrit ici :

I9 « On faisait un questionnaire « Mythes et réalités », ensuite on révisait la théorie, puis ensuite on voyait si ça avait changé nos croyances... Ils avaient pris entre 20 et 30 certainement [personnes], c'est un grand groupe... Je pense que cette journée-là, je ne suis pas sûre que les gens ont répondu comme ils souhaitaient répondre... Mais je pense qu'on a trouvé ça, une chose qu'on a partagée après ça, à mots couverts, c'est qu'on a trouvé ça très agressant ».

Les sages-femmes, quant à elles, se voient imposer des normes dans l'enseignement.

SF10 « Maintenant c'est un grand point parce qu'on a eu beaucoup de pressions du ministère. Pour que le gros, gros cartable sur la vaccination fasse partie de nos contenus de cours. Donc, en première année, on fait quand même des fois un petit débat de groupe sur pour ou contre et sur comment donner de l'information éclairée ou un choix éclairé sur la question. Mais après ça, dans les autres cours, on a incorporé le gros cahier sur la vaccination que le ministère a envoyé là. Le protocole d'immunisation au Québec a 500 pages... 530 pages... Et donc, le Gouvernement, le ministère a approché les Ordres professionnels pour dire : 'Votre personnel devrait connaître ça' ».

Un autre problème lié à la présence du vaccin comme seule voie raisonnable face à la prévention des MI est la perte de la capacité pour les PDLs, de bien diagnostiquer ces maladies qui resurgissent périodiquement (Moulin1996b; Girard, 2014), malgré la vaccination. C'est ce qu'a observé cette médecin.

M3 « Le problème c'est que les autres médecins qui voient ces enfants-là ne reconnaissent pas la coqueluche. On n'est pas habitué ».

Le vaccin jouit d'un statut différent des autres médicaments : on semble pouvoir être plus facilement critique du médicament que du vaccin car ce dernier n'est pas toujours perçu comme le biomédicament qu'il est. Par exemple, les statines en prévention primaire sont considérées comme un médicament, mais le vaccin va être défini comme « une intervention de prévention », comme si l'ajout d'une substance visant à modifier la physiologie d'une population saine ne représentait pas la même chose que pour les autres médicaments utilisés en prévention (Girard, 2014). C'est le cas de cette participante qui fait aussi une distinction entre les deux.

M13 « Prendre un médicament pour prévenir une maladie, je trouve cela complètement débile. Pour moi le vaccin n'est pas un médicament, c'est une intervention de prévention ».

On fait ici la différence entre une MI et une autre moins bien définie comme c'est le cas pour le VPH, bien qu'on parle maintenant dans le discours officiel de la SP « d'épidémie du VPH » (Akom et Venne, 2002) ! Mais cette exclusion du vaccin, par certains-nes, de la catégorie des médicaments participe en partie à la difficulté de le placer au même rang que les autres interventions préventives. C'est un des éléments qui contribue à ce statut particulier où le vaccin est considéré être la seule voie raisonnable à suivre pour prévenir les MI, tout comme bientôt les maladies chroniques, inflammatoires ou autoimmunes (Giersing *et al.*, 2016; Obaro et Palmer, 2003; Pardigon et Laouini, 1999; Saliou, 2010; Sela, 1999; Schwartz, 1999).

4.4.5.1 Discréditer d'autres formes de savoir ou de savoir faire

Si le vaccin est la seule solution à la prévention et au traitement des MI, il apparaît alors difficile d'avoir un discours dissident et d'autres types de connaissances et de pratiques à ce sujet, particulièrement au Québec. Le Collège des médecins fait une surveillance, par exemple, des dossiers de leurs membres qui pratiquent l'homéopathie. Cette pratique sera vraisemblablement dénigrée autant par les autorités que par des collègues comme le soulignent ces participantes.

M3 « J'ai le droit d'en parler [l'homéopathie]. J'ai le droit de donner des granules et tout ça. L'important c'est que je dise dans mon dossier que le patient, que j'ai offert un traitement médical reconnu. Alors quand ils vont juger mes dossiers, ils vont dire que c'est l'eau de l'Oratoire St-Joseph comme on m'a déjà dit. Alors on avait vérifié mes dossiers puis dans ce temps-là, j'écrivais l'homéopathie que je prescrivais... Je prescris de l'homéo, ça marche. Et le gars du Collège [CMQ] me dit que c'est l'eau de l'Oratoire St-Joseph. (...) C'est ça ! Parce qu'ici, c'est loin d'être reconnu... C'est pas facile... Vraiment, vraiment, de pratiquer l'homéopathie, en tant que médecin, c'est comme... Je suis comme en contradiction... Ça me rend un peu aussi anxieuse des poursuites pis tout ça ».

I9 « J'ai une trousse homéo de prévention. Quand j'ai des symptômes, je sais quoi prendre (...) C'est une alternative qui peut être jugée. Moi, quand je vais à mes rendez-vous d'homéo et d'ostéopathie, je dis toujours que ce sont mes rendez-vous médicaux mensuels. Quand je suis rentrée en 2003, et que je disais que j'utilisais l'homéo, il y a un grand rond qui s'est fait. Il y a des collègues qui physiquement ont reculé. Des collègues, certaines collègues, elles ont des commentaires, on pourrait dire, négatifs, très négatifs sur la clientèle qui ose utiliser d'autres alternatives ».

SF5 « Bien je pense qu'autant en France qu'en Angleterre, et entre autres pour la plupart des médecins au Canada ont tous vu des sages-femmes là... Mais pas ici au Québec. (...) Historiquement, ils [les médecins] ont pris de la place beaucoup, puis peut-être plus qu'à d'autres... Ça a été fort hein la loi, la loi médicale, puis le Collège des médecins. Il y a plus de 100 ans, maintenant, au début du XXe siècle, les médecins avaient fait une campagne incroyable contre les 'charlatans', c'est-à-dire les chiropraticiens... les homéopathes... et les sages-femmes ! ».

Une participante reconnaît aussi l'impossibilité d'amener d'autres savoirs dans la discussion sur une critique de la vaccination puisqu'ils sont controversés voire dénigrés, et n'ont pas de reconnaissance épistémique dans le discours orthodoxe.

M13 « Il me semble que si on rentre par le côté de l'homéopathie, de naturo et de tout ça, c'est une bataille perdue... Tu n'abordes pas le sujet de la vaccination avec ça ».

Pour toutes les catégories de PDLs, c'est l'impression de discrédit ou de dénigrement de toute autre forme de savoir qu'elles constatent. Et le vaccin est toujours présenté comme la seule voie raisonnable.

4.4.5.2 La peur comme outil de promotion

Le discours officiel mise entre autres sur la peur du retour des MI s'il y a baisse de couverture vaccinale. Pourtant notre recension a démontré que la plupart des éclosoins ont eu lieu dans des populations hautement vaccinées et que diverses théories circulent sur ce phénomène (Voir C.6). Cet argument autour de la crainte du

retour des MI, jumelé à la menace de la présence supposée d'un mouvement antivaccinaliste dans notre société, sont des éléments qui semblent contribuer en partie à faire obstacle à la diffusion d'informations importantes auprès de la population au sujet des effets secondaires de la vaccination.

M13 « La médecine ce n'est pas homogène, c'est vrai qu'il y a encore un pouvoir médical traditionnel que tu vois même dans le choix éditorial des journaux... mais il faudrait trouver la juste balance parce que de l'autre côté, c'est qu'il y ait des mouvements antivaccination qui remettent tout ça en question et on va voir à côté de tout ça des MI qui vont grimper... il faut faire attention comment on transmet ces messages-là ».

L'information sélectionnée - et aussi celle omise par les autorités de SP et par la MC, permet de garder un statut hégémonique mais suggère aussi un certain contrôle de la population en nourrissant plutôt une culture du risque et de la peur appuyée par les dangers chiffrés par exemple sur le cancer, le cholestérol ou les épidémies à venir (de Lorgeril, 2007; Ménoret, 2007, 2007b; Welch, 2006). La peur, un élément essentiel à cette société du risque (Beck, 2003), semble être un facteur central qui motive la décision de vacciner ou pas, au-delà de toute information critique et même plus importante que l'incertitude des connaissances comme le rappelle cette participante.

M13 « C'est la peur mélangée avec un raisonnement logique sur chaque vaccination particulière. Avec Bexséro, je n'ai pas douté. Je ne suis pas allée voir la littérature à cause de la peur de la méningite... Dans ma réflexion, je ne suis même pas allée vérifier les risques... c'était une décision plus à court terme qu'à long terme... ».

Entre autres, certaines considèrent qu'entretenir la peur par les statistiques sur les MI et par le sentiment de responsabilité est une stratégie pour convaincre la population à observer les programmes de vaccination qui, faut-il le rappeler, ne sont pas obligatoires au Québec. Cette information, contrôlée par ceux-là même qui préconisent la vaccination de masse, est difficile à déconstruire.

SF8 « Comment dire, du pouvoir dans la société sur la population, en sortant aussi des arguments unilatéraux puis ... Et de créer cette crainte, de créer vraiment cette peur incontrôlée, puis de rendre les autres responsables, s'ils ne suivent pas les consignes ».

M3 « Il y a un gros lobby des médecins qui font ça, c'est sûr. Mais là la méningite type-B c'est supposé qu'il y en a plus au Québec que dans les autres provinces !! Fait que, ils jouent là-dessus. Ils sortent des chiffres comme ça! [pour faire peur] ».

Une participante souligne que malgré l'inefficacité connue du vaccin antigrippal de 2015 (Lacourcière, 2015), on incitait à vacciner quand même au Québec. Rappelons aussi qu'en 2009, le Québec a été l'un des plus observants pour la vaccination contre la grippe A H1N1 avec 56 %, contrairement par exemple, à l'Europe (par exemple, 8 % en France).

I9 « Une fois, j'ai écouté un reportage sur l'échec de la vaccination. C'était : 'non, on n'a pas fait d'erreur [avec le vaccin antigrippal de 2015]. Non, il ne faut pas qu'on se questionne. C'est exceptionnel'. C'est comme on ne change rien à nos pratiques, donc on ne se re-questionne pas, mais oui, il faut continuer à se faire vacciner. Ça a été dit partout, partout, partout, qu'il y avait un échec total. J'ai vacciné encore au mois de février ! Maintenant je suis infirmière cheffe d'équipe, j'ai comme une ligne de conduite : 'est-ce qu'ils ont des inquiétudes, des préoccupations ?' Tu dois exécuter ».

M13 « Il y en a [des médecins qui sont critiques], mais pas ici parce que c'est différent avec l'Europe, quand il y a eu le vaccin contre la grippe H1N1, en Espagne il y a un chirurgien très connu qui est le premier à être sorti à la presse, les médecins sont sortis : 'moi je ne me fais pas vacciner', et ont profité de leur pouvoir, ça a eu un impact ».

Au Québec, lors de la crise de la A H1N1, toute réticence a été endiguée par le gouvernement et les autorités de SP. Ce discours officiel puissant et punitif laisse craindre pour certaines à un retour de l'obligation vaccinale.

4.4.5.3 La peur du retour à l'obligation vaccinale

Un journal californien (Phillips, 2016) annonçait au printemps 2016 l'adoption prochaine de la loi SB 792 dans cet État, où le taux de couverture vaccinale est de 97,5 %. Cette loi représenterait le premier mandat vaccinal obligatoire pour adultes aux États-Unis interdisant les exemptions pour des raisons personnelles et menaçant de sanctions pénales les personnes qui refuseront de s'y conformer. Plusieurs des participantes de notre étude soulignent spontanément le silence qui existe autour du fait qu'au Québec, la vaccination n'est pas obligatoire. Cette omission et les mesures coercitives instaurées par les autorités donnent plutôt l'impression d'obligation vaccinale comme cette médecin et ces sages-femmes expliquent.

M11 « Oui, mais je vais te dire, tu sais on dit ce n'est pas obligatoire mais on dirait que quand tu rentres tu sais à l'école, t'as l'impression que c'est obligatoire... Tu sais, dans le temps, c'était comme ça, tu suis les recommandations... Donc, tu sais, pis quand tu rentres à l'école, ils te demandent les vaccins tout le temps. Tu dis écoute, faut qu'on soit en règle là! Ça allait de soi que t'as un enfant et que là, l'infirmière tu sais elle te voit au CLSC pis elle te voit après, pis tes rendez-vous sont pris en sortant. Tu sais, c'est comme, jamais qu'ils t'informent que c'est pas obligatoire là, jamais ».

SF8 « Ce n'est pas obligatoire. Oui, mais est-ce qu'il va être refusé à l'école ? Non ! Donc les parents pensent que c'est une obligation, première chose. Ça parle déjà du message qui est lancé».

SF10 « Dans le sens qu'il y a beaucoup plus de pression sociale pour faire vacciner. Pis la journée où la fille va se ramasser de toute façon dans un bureau de médecin ou CLSC [centres locaux de services communautaires] ou CSSS [centres de santé et services sociaux], c'est sûr qu'on va lui demander : 'ton bébé est-il vacciné ou pas vacciné ?' ».

En Ontario, comme au Nouveau-Brunswick, chaque enfant qui fréquente une école doit fournir une preuve qu'il a été vacciné pour la diphtérie, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons et la rubéole⁹¹. Depuis 2014, trois vaccins obligatoires se sont

⁹¹ Voir site du gouvernement de l'Ontario: <http://etablissement.org/ontario/sante/sante-familiale/>

ajoutés pour l'entrée à l'école (méningite, coqueluche et varicelle) mais il est cependant possible d'obtenir une exemption pour des raisons médicales, morales ou religieuses. En France, où seuls les vaccins DT-Polio sont obligatoires, « le vaccin contre l'hépatite B est imposé à l'ensemble du personnel des institutions médicalisées (...). Les autres vaccinations sont facultatives mais la pression psychologique est très forte de la part des pédiatres et des collectivités » (Groupe Médical de réflexion sur les vaccins, 2007 : 88). En Belgique, seul le vaccin polio est obligatoire et la plupart des pays européens ont supprimé l'obligation vaccinale (Bonnet *et al.*, 2011).

Des discussions autour du retour à l'obligation vaccinale ont lieu dans plusieurs pays (Bertrand et Torny, 2004; Finn et Savulescu, 2011; Hurel, 2016), y compris chez nous (Bouvier-Auclair, 2015; Picard, 2015, 2016; NOVA, 2015). La question a été ramenée avec la récente éclosion de rougeole (Grondin, 2015) et le premier ministre du Québec rappelait à cette occasion dans les médias que la vaccination « ce n'est pas une opinion, c'est un fait » (Dubreuil, 2015).

M3 « Quand l'ACPM [l'Association canadienne de protection médicale] a sorti ça [le retour de l'obligation vaccinale dans les pays], moi je suis tombée en bas de ma chaise. Dis-moi pas qu'ils vont dire ça ? La compagnie [d'assurance] a sauté là-dessus ».

H1 « J'ai essayé de classer mes inquiétudes parce que j'en ai une série, je pense que la plus grande que j'ai en ce moment, c'est par rapport au fait qu'au Canada, nous jouissons encore, et pour combien de temps, je ne le sais pas, d'une liberté de faire vacciner ou pas. Et ça, j'ai de grosses craintes qu'à un moment donné, cette liberté-là, qui fait partie d'après moi de droits démocratiques fondamentaux, soit atteinte ».

Pour les PDLS interviewées, la menace du retour à l'obligation vaccinale et l'importante influence biomédicale font partie du contenu de leur critique sur la vaccination. Ces différentes dimensions des mesures instituées pour l'application des pratiques vaccinales révélées par les participantes se couplent avec des témoignages

au sujet du pouvoir médical dont elles observent les manifestations.

4.4.6 « Tu fais ce qu'on te dit ». Le pouvoir médical et sa hiérarchie

4.4.6.1 Le pouvoir de l'*establishment* médical

Le pouvoir de l'institution médicale, la médicalisation de la vie, la montée de la professionnalisation médicale, ont inspiré plusieurs auteurs (Conrad, 1992, 2007; Ehrenreich et English, 2016; Kelleher *et al.*, 2006; Lupton, 2003; Yaya, 2009b). Au Québec particulièrement, ce pouvoir (mais aussi sa domination), s'est développé, comme nous l'avons souligné, en même temps que la loi médicale et continue de bénéficier de ses acquis politiques et juridiques. « Aux yeux du grand public, le titre de médecin et encore davantage celui de médecin spécialisé en santé publique confère une autorité... L'esprit critique à l'égard du médecin et de la médicalisation a régressé » (Dufresne, 2009 : 28). Jusqu'à présent, nos résultats montrent la présence de différents dispositifs visant à assurer l'observance vaccinale (surveillance, sanction, promotion, discours vaccinaliste, négation des effets secondaires possibles) mais qui sont possibles seulement s'il y a un rapport de subordination, ici principalement des actrices de cette organisation hiérarchisée.

En effet, de façon spontanée, des participantes de chacun des groupes professionnels se sont exprimées sur ce pouvoir médical. Pour cette médecin qui reconnaît ce que lui confère son titre, c'est tout de même la surprise de comparer le Québec avec l'Europe là où, contrairement à chez nous, selon elle, une certaine érosion du pouvoir médical se fait sentir.

M13 « J'ai terminé mon diplôme de médecine et j'ai senti que les gens ont changé leur façon d'agir à mon égard... Même moi j'étais étonnée, les rapports avec les patients... alors c'est un pouvoir énorme... [mais] le pouvoir

professionnel des médecins est en chute libre, pas ici, c'est fort, ils sont les rois et maîtres, ils sont vraiment très très puissants au Québec ».

Et pour ces participantes, le constat du pouvoir médical au Québec se fait à travers l'observation du déni de toute concurrence dans le champ de la santé et l'absence de choix thérapeutique.

I7 « C'est vrai que chez nous, la médecine alternative n'est pas acceptée par les grosses forces de notre société. Médecin, pharmacie... ».

SF5 « C'est que maintenant, socialement, la médecine a plus de pouvoir que la religion ou le droit ».

SF8 « Je veux dire, je ne suis pas contre la prévention, mais c'est le moyen qu'on nous offre et le seul moyen, c'est la vaccination ».

Ces observations nous rappellent aussi la particularité du pouvoir de la loi médicale au Québec. Même si le restrictif « Code de Napoléon » (Code civil du Bas-Canada de 1866) a été remplacé par le code civil du Québec au début des années 1990, l'allusion ici à cette période de notre histoire par cette participante en dit long sur le sentiment d'autorité, voire d'aliénation que certaines PDLS perçoivent.

H1 « Bon, bien moi je vais séparer le Québec du Canada parce que ce sont deux systèmes juridiques différents. Oui. Le Québec, c'est comme le code Napoléon. Et le code Napoléon c'est, comme la France, la loi c'est : 'Tu fais ce qu'on te dit.' Alors je crois que c'est très difficile dans la culture du Québec, de faire avancer, surtout avec une loi médicale qui en fait dit que tous les pouvoirs - que soit recommandé n'importe quoi - est normalement sous la houlette du médecin. À la limite, ils pourraient poursuivre une mère de famille pour avoir donné n'importe quoi. Et ça ils se le gardent comme pouvoir. Alors ça, c'est vraiment une façon de voir les droits de l'individu. Et ça, c'est historiquement le code Napoléon ».

L'influence biomédicale et le rapport d'autorité observé à travers les coercitions vécues par les PDLS dans leur travail, les mécanismes de surveillance et de sanctions déjà mentionnés, nous amènent à examiner les conséquences de cet *establishment*

biomédical. Quelques-unes des PDLS interrogées ont en effet observé et vécu cette hiérarchie des professions de la santé. Cette infirmière retrace pour nous la raison pour laquelle les médecins ont abandonné peu à peu leur droit exclusif à vacciner vers le milieu des années cinquante.

I4 « Il y a une chose qu'il faut réaliser, c'est que les vaccins sont développés par l'industrie pharmaceutique, les médecins décident de vacciner, mais ce sont les infirmières qui vaccinent. Je pense que c'est 1954 ou 1956... que là on a décidé que ça serait les infirmières dorénavant qui vaccineraient. Pourquoi et comment on est arrivé à ça. C'est autour de 1920, que les premières vaccinations systématiques sont apparues... Les gens ne consultaient pas les médecins avant, à cette époque-là. Puis les médecins avaient de la difficulté à gagner leur vie. Ils avaient de la difficulté à se trouver de la clientèle. Puis la vaccination, ça faisait partie des rares interventions pour lesquelles on allait les consulter. Puis pour lesquelles ils pouvaient se faire payer aussi. Donc là, c'était beau au début quand il n'y avait pas beaucoup de vaccins, puis qu'il n'y avait pas beaucoup de gens à vacciner, puis que les médecins pouvaient faire ça dans leur cabinet privé puis charger une consultation, se faire payer pour ça. Se faire payer à l'acte. Quand c'est devenu là, systématique... Vacciner par exemple, les enfants dans les écoles, par centaine et tout là... Justement dans les années cinquante, puis que là, il y avait plusieurs vaccins qui étaient apparus sur le marché. Là, les médecins, ils en avaient mal aux bras, de vacciner... Donc là, ils ont commencé à refiler ça, tranquillement aux infirmières. Puis à un moment donné, il y a une décision qui a été prise officiellement en très haut lieu⁹²... un médecin en santé publique, qui parle, il dit quelque chose comme : 'Ce n'est pas que la tâche n'est pas noble, mais elle est répétitive, et puis bon, il y aurait mieux à faire'. Il y avait des occupations plus dignes de leur science médicale. Donc surtout que des occupations plus payantes aussi... Donc c'est comme ça que les infirmières ont hérité de la vaccination ».

⁹² Cette PDLS fait référence à l'ouvrage de Rousseau, N. et J. Daigle (2013). *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 459 p.

4.4.6.2 Un état de subordination

Cette consolidation de l'autorité médicale incluant « la subordination – qui vise les infirmières et les sages-femmes – des concurrents dans le marché des soins médicaux » (Goulet, 2004 : 42), mais aussi des praticiens-nes de MNC et l'autorité des Ordres professionnels, est illustrée par ce commentaire d'une infirmière qui déplore le manque d'autonomie dont elles souffrent et l'absence, selon elle, de recherches sur les effets secondaires de la vaccination dont sont témoins les membres de sa profession.

I4 « Moi je ne connais pas de recherche faite par des infirmières pour voir les effets de la vaccination sur les personnes qu'elles vaccinent. Parce que les infirmières de façon générale, la plupart des infirmières ont vacciné des centaines, sinon des milliers de gens. (...) Puis ça, c'est une des choses qui me fatiguent depuis toujours dans la profession infirmière, c'est que les infirmières observent des choses, qui contredisent le savoir médical, le discours médical, mais ne donnent pas suite à ça. Elles laissent tomber... Leur position est très embêtante parce que c'est vrai qu'être infirmière, ça veut dire essentiellement, exécuter des prescriptions médicales, (...) Puis les infirmières constatent qu'elles ont peu d'autonomie dans leur profession, les infirmières terrain là, quand elles n'ont pas de poste cadre là... ».

D'ailleurs, un rapport de l'INSPQ sur la crise de la grippe A H1N1 en 2009, citait les commentaires des infirmières témoins d'effets secondaires du vaccin : « *Beaucoup d'effets suite au vaccin X plusieurs personnes que je connais + moi-même, douleurs articulaires +++ et musculaires prolongées... vaccin ??? Pas d'autres explications...* » (Dubé et al., 2011c: 96). Mais en effet, aucun document plus détaillé n'a été trouvé provenant directement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) concernant des recensions sur les effets indésirables de la vaccination constatés par ces PDLs, les plus vaccinatrices, en dehors d'une modification d'un

récent projet de loi⁹³ (OIIQ, 2012) concernant le partage de certains renseignements de santé et la déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle suite à la vaccination.

Par ailleurs, une autre infirmière issue des transformations sociales du Québec des années 1960-70, nuance un peu la place et l'autonomie des infirmières à cette période du féminisme de la deuxième vague et l'implantation des Centres locaux de services communautaires (CLSC) au début des années 1970 (Gaumer et Desrosiers, 2004).

I7 « Je pense que j'ai renseigné les parents sur les possibilités, face à la vaccination... J'ai donné de l'information aux parents, l'information qu'on devrait donner puis qui n'est pas donnée habituellement. Oui ! Ce n'est pas donné ! Alors, je leur ai parlé de tout ça. Puis, jamais les parents n'ont refusé la vaccination. Et mes employeurs ne m'ont jamais tapé sur les doigts pour ça. Écoutez, dans les années 75, dans les CLSC, on avait une belle place comme infirmières ».

Toutefois, cette parenthèse dans l'autonomie professionnelle de certains groupes de PDLS, est de courte durée car les CLSC, fragiles « face à leurs éternels rivaux, à savoir les centres hospitaliers regroupés dans l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) » (Gaumer et Desrosiers, 2004 : 53), seront définitivement sacrifiés en faveur des groupes de médecine de famille (GMF) supposés travailler « en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé » (Gouvernement du Québec, 2016). En réalité, certains groupes de PDLS ont le sentiment de non reconnaissance de leur expertise, de manque d'autonomie professionnelle, d'absence d'interdisciplinarité et d'assujettissement, aussi soulignés par ces sages-femmes.

⁹³ Mémoire présenté en 2012 par l'OIIQ au sujet du Projet de loi no 59 concernant le partage de certains renseignements de santé et la déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle suite à la vaccination (« *Recommandation no 6 : Que les modifications aux articles 69 et 138 de la Loi sur la santé publique remplacent « Tout médecin ou infirmier » par « tout professionnel habilité à poser un diagnostic ou à évaluer la condition de santé d'une personne ainsi que la sage-femme »* » Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2012 : 10).

SF5 « C'est l'élite. Donc l'élite économique mais l'élite... Intellectuelle... T'sais les professions les plus nobles ou reconnues (...) les étudiants en médecine là (...) ils sont élevés pour se considérer comme les meilleurs, puis aussi réclamer le pouvoir des meilleurs. T'sais on parle de l'interdisciplinarité dans le réseau de la santé. Ça n'existe pas ! Puis c'est le docteur lui... Mais c'est lui qui est le boss ! À peu près partout dans le monde, [les PDLS non médecins] n'ont pas le même pouvoir ! ».

SF8 « Et si je reprends l'exemple des sages-femmes... Et encore on a beau avoir des preuves noir sur blanc depuis des dizaines d'années, c'est encore remis en doute, c'est encore questionné et pas pris au sérieux par la majorité des collègues médecins avec qui on travaille... Bien le lobbying médical est très, très, très puissant au Québec. On a un premier ministre médecin, un ministre de la Santé médecin, une chance. On avait un ministre de l'Éducation qui était médecin. Les médecins sont très puissants au Québec, je crois et malheureusement ils ont peu d'ouverture encore. Je pense que les médecins, ils ont vraiment leur chasse gardée d'expertise et ils ne veulent pas que ça soit ébranlé par d'autres visions, d'autres professionnels. On a le plus haut taux de vaccination, ça veut dire quand même... Ça parle là... Ça parle de notre profession médicale au Québec ».

Cette infirmière va dans le même sens en dénonçant l'absence d'autonomie professionnelle.

I4 « C'est une illusion d'autonomie qu'elles avaient... Ce n'est pas vrai que les infirmières sont autonomes... Les infirmières n'ont pas de cadre théorique autre que le cadre théorique qui a été développé par la médecine ».

De plus, l'évolution du corporatisme médical au Québec, comme nous l'avons noté plus tôt (Contandriopoulos, 2003; Goulet, 2004), donne lieu aujourd'hui à certaines dérives comme le souligne cette participante et qui ne sont pas sans influencer le contenu de la critique des PDLS de notre étude, sur les pratiques vaccinales.

I9 « Il y avait notre CLSC et il y avait une clinique privée, médicale. Et quand j'ai réalisé que la clinique médicale appelait ma clientèle... Moi j'allais à la maison, parce que ces gens-là ne se déplaçaient pas, et étaient vulnérables, ils perdent la mobilité, etc. Mais que de surprises de voir ma clientèle dans la salle d'attente, ces journées-là, donc pendant une semaine, ils demandaient en 2009, 25 \$ pour chaque client que chaque médecin vaccinait ».

Toutefois, il serait utile de pouvoir faire une distinction entre le discours des médecins en général sur la vaccination et celui des autorités de SP puisque les médecins interrogées dans notre étude, loin d'être toutefois représentatives de l'ensemble de la profession, disent aussi subir des pressions. Elles décrivent certaines contraintes qui semblent également venir à l'encontre de leurs valeurs et même, pour une participante, du serment hippocratique.

M3 « J'ai pour principe d'aider mes patients et ne pas nuire. Donc, je pense que certains vaccins, pour moi, m'ont toujours fait poser plus de questions là. Et bien avec diphtérie-tétanos-polio, j'avais toujours un petit peu une inquiétude. Je dirais que, plus on en met ensemble plus je trouve que les enfants sont nos laboratoires. On fait des essais sur eux. On va s'en rendre compte plus tard. C'est mon opinion personnelle. Je ne peux pas aller à l'encontre de ça parce que, comme je disais,... j'ai des contraintes ».

M13 « Tu travailles dans une équipe et tu as des normes à suivre, des politiques ».

Cet état de subordination est aussi perçu, par les sages-femmes, dans certaines attitudes de leurs collègues à leur égard ou dans l'obligation de l'adoption du discours dominant en santé.

SF8 « On bouscule vraiment le système de santé. On se fait dire par des gynécologues : 'Mais ça ne se peut pas qu'une femme refuse tel dépistage [le diabète, le Streptocoque B], si vous lui expliquez bien, elle ne refuserait pas'... J'ai été sur un groupe d'experts pour essayer d'implanter des services de sages-femmes à l'hôpital et les gynécologues, les médecins sont extrêmement opposés. Ils disent : 'Mais si on vous laisse pratiquer sur notre territoire...', déjà « notre territoire », ça leur appartient ! ».

SF5 « Si tu es plus proche du discours dominant, ils vont nous accepter. Là, on va être contente, parce qu'on va être pareille! En partie, dans les études sociologiques, on dit que les sages-femmes, les infirmières aussi, elles fonctionnent comme un groupe d'opprimées. Ça marche, ça tient la route. Pour moi, je le vois tout le temps. C'est-à-dire qu'elles sont portées à utiliser les points de repère puis les valeurs du groupe dominant, ce que j'appelle « popa » pour la médecine. Plutôt que de valoriser ses propres valeurs et points de repère.

Ça prend du travail, du courage d'assumer tout ça. Plus tu es inconfortable d'être dans la marge, plus tu dis : 'On va s'intégrer, donc se rapprocher du centre, hospitalo santé, médico santé'. Mais en même temps, là, on va perdre notre mission sociale ».

À travers la diversité de ces témoignages qui schématisent la complexité d'un vécu et d'une connaissance intime du système dans lequel elles ont évolué, les PDLS interrogées font état d'une réalité dont on parle peu. Les mécanismes de surveillance et de sanction utilisés face à celles qui expriment une certaine réticence envers la vaccination ou plus précisément face aux pratiques vaccinales, la peur de l'autorité dans un système où la promotion du vaccin et l'influence de son industrie vont de soi, le pouvoir des médecins du Québec et la force du discours officiel sur l'observance des programmes de vaccination et le discrédit de tout autre savoir médical ou alternatif, sont autant d'éléments importants qui participent à la production d'un discours hétérodoxe sur la vaccination des PDLS interrogées dans notre étude. Mais un autre élément s'y ajoute aussi. Il s'agit du contexte socio-politique, décrit ci-dessous, qui a favorisé le développement d'un tel discours sur le vaccin et sur la santé, ce qu'on appelle aussi le « savoir interdit », c'est-à-dire les connaissances considérées comme trop dangereuses, ou taboues, pour être exprimées ou diffusées.

4.4.7 « Ça ouvre une trop grande porte aux doutes ». Un sujet tabou

Notre objectif secondaire était de tenter de comprendre pourquoi critiquer la vaccination est un sujet tabou dans la société québécoise. Un tabou est défini comme un sujet qu'il serait inconvenant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales et qu'on ne peut remettre en cause. Mais pourquoi critiquer la vaccination est-il un sujet tabou ? La réponse est complexe et c'est du moins ce qu'ont exprimé les participantes. Elles observent la force du discours officiel sur la vaccination, la

difficulté d'aborder le sujet avec d'autres PDLS, ou encore pour des PDLS témoins de MAPI, de rendre publiques leurs expériences.

SF10 « Il y a cette inquiétude-là au Québec et dans d'autres pays, on pense que ça a vraiment un impact positif sur la santé des gens, on n'en démord pas, et donc la majorité des professionnels y croit beaucoup. C'est tellement ancré dans son soi intérieur-là, que c'est difficile de discuter avec quelqu'un qui y croit fortement, qui pense que ça a sauvé la planète que d'avoir vacciné. Donc, c'est très, très, très difficile de discuter de ça avec des professionnels... Un, c'est un sujet tabou et deux, ils sont très ancrés dans tout ce qu'ils ont lu. L'information est tellement donnée régulièrement et tapée régulièrement dans les journaux, dans ci, dans ça, que les gens ne sont pas capables d'être critiques par rapport à ça ».

SF8 « J'ai senti un regard, en ce qui me concernait, mais c'est tellement tabou. Mais tellement ! Il n'y a pas de place... Ça ne me tentait pas d'être encore une fois stigmatisée en tant que sage-femme. Tu ne fais pas vacciner tes enfants. Donc il y a une pression, puis on fait des choix à qui on parle de ça ou à qui, on ne parle pas de ça. Puis ça alimente le fait qu'on n'en parle pas non plus même comme professionnelle ».

H6 « Un pédiatre là, combien de fois, il doit en voir [des effets secondaires] juste dans quelques mois ou dans une année. Aïe ! On ne peut jamais rien dire, non ! On ne peut pas rien publier. On ne peut rien faire avec ça. C'est tabou... ».

Toutefois, une participante propose une hypothèse sur une des raisons possibles de la présence de ce tabou qu'est la critique vaccinale. Elle met en lumière la notion selon laquelle la médecine moderne a fondé sa réussite sur la vaccination, pierre angulaire de tout l'édifice biomédical.

SF8 « Et ça vient ébranler leur pilier sur lequel ils se basent pour pouvoir fonctionner sur un modèle donné, mais qui est peut-être dépassé. Mais je pense que la vaccination va là-dedans, ça ouvre une trop grande porte aux doutes (...) Et il n'est pas parfait, puis l'histoire nous a démontré qu'il y a eu des erreurs, il y a eu des conséquences graves, on a retiré certains vaccins ».

Ces témoignages nous montrent à quel point les discours hétérodoxes des PDLS de notre étude sont étayés par une réflexion riche de leurs expériences sur le terrain mais aussi d'une profonde critique sociale sur la médecine, la santé et la maladie.

4.4.8 « D'un clergé en soutane noire [à]... un clergé en sarrau blanc ». Une critique sociale

4.4.8.1 L'influence des années 1970-80

Plusieurs des participantes sont âgées de 50 ans et plus. Elles ont été témoins des conséquences de la Révolution tranquille et la remise en question du clergé. Ayant développé une critique socio-politique, elles ont une capacité à reconnaître les enjeux de pouvoir dans le système de santé de la société québécoise dont nous venons de faire état.

I4 « J'ai très bien connu les abus du pouvoir, du clergé catholique au Québec, puis je dis souvent qu'au Québec on est passé des abus de pouvoir d'un clergé en soutane noire, aux abus de pouvoir d'un clergé en sarrau blanc ».

H2 « Alors il y a une espèce de façon d'être, c'est l'autorité qui a raison au Québec. Mais maintenant que les curés ont été mis au banc vers les années 60, il y a une espèce de révolution qui s'installe, c'est les médecins qui ont remplacé et eux ils ont tous les pouvoirs... Le pouvoir de vie et de mort sur les femmes comme les curés de l'époque ».

Certaines des PDLS interrogées ont vécu un moment important de l'histoire des femmes au Québec. Ayant grandi dans les années 60-80, certaines ont connu le mouvement pour la santé des femmes, une période active du mouvement féministe où a eu lieu la réémergence des MNC. Elles ont aussi eu un intérêt et un accès à des références scientifiques hétérodoxes.

4.4.8.2 Ne pas adhérer au projet d'éradication des maladies infectieuses

L'espoir de la médecine moderne d'éradication des MI est encore présent (Aylward *et al.*, 2000; Duclos et Okwo-Bele, 2007; Fressoz, 2012; Moulin, 2004). Chez nous, les autorités de SP parlent toujours de « l'élimination de la poliomyélite dans les Amériques et l'éradication mondiale de la variole » (Dubé *et al.*, 2012b) quoique Moulin (2010) critique ce concept en notant plutôt qu'au « cours des années 1960 à 1980 (...) sont apparues les difficultés de la poursuite d'un plan raisonné d'éradication des maladies infectieuses, entrepris dans la foulée optimiste de la fondation de l'OMS en 1947 » (: 311) et d'ailleurs des « mots plus prudents comme 'contrôle', 'surveillance' » (: 315) des MI, sont maintenant utilisés. Nos entrevues ont permis de montrer que certaines PDLS n'adhèrent pas non plus au projet d'éradication des MI véhiculé dans le discours dominant en santé.

M3 « Ce [l'éradication des maladies infectieuses] qui n'arrivera jamais parce qu'il va avoir toujours un virus qui va prendre le dessus, comme les bactéries d'ailleurs, les virus ne sont pas fous, sont loin d'être fous ! J'ai toujours eu, dans ma pratique, quand même des petites éclosions de coqueluche... Ok. Malgré la vaccination, j'en ai eu l'année passée... Ah ! Oui, oui ! Dans les écoles primaires, ok. (...) Et le Rotavirus quand c'était payant... Moi je parlais au représentant, d'intussusception. Il disait : Non, non, maintenant qu'on le donne plus jeune, ça n'existe pour ainsi dire, plus. Mais il y a des retours d'intussusception. Il y a des pays qui l'ont rapporté. (...) La France l'a rapporté».

H1 « Par contre, les vaccinations contre les virus, c'est justement un énorme problème qui se retourne contre nous, parce que les virus, ils ont comme propriété première de muter. Donc, à toutes les 'x' années, dépendamment de la souche de virus, par exemple le virus de la rougeole, à tous les huit, neuf, dix ans, le cycle est que le virus change. Alors donc, tu n'es plus protégé la plupart du temps. Y'a des virus qui évoluent plus ou moins rapidement et donc, c'est toujours à refaire. (...) ».

SF10 « Le vaccin contre la varicelle qu'on donne maintenant, quand nos enfants ont tous eu la varicelle. Puis encore cette année, il y a eu plein d'enfants qui ont eu la varicelle dans le village qui étaient vaccinés ».

Certaines participantes ont aussi développé une critique très articulée au sujet de la notion de risque.

SF5 « On a peur de tout ! On a peur de la vie. Alors tous nos principes directeurs que sont la confiance, l'autonomie, t'sais cette chose-là, on a une pratique qui est relationnelle. C'est à dire, comment ne pas perdre ce regard-là, parce que facilement c'est justifiable de travailler juste à partir des risques. C'est juste ça qui est dans la littérature. C'est envahissant ! La peur, tu as juste à peser sur le piton ».

4.4.8.3 Une vision globale et non conventionnelle de la santé

Les PDLS, critiques des pratiques vaccinales ont une vision plus globale de la santé et certaines constatent le décalage entre le Québec et l'Europe face aux MNC et à leur intégration au système de soins.

SF8 « [En] Allemagne, c'est un médecin qui vient de me prescrire ça [un flacon d'homéo]. Donc ça a fait son chemin à travers les générations de médecins ou d'approches médicales, etc. Je pense qu'on est en retard encore sur cette évolution médicale en Amérique du nord. Je ne sais pas si c'est juste le Québec ou l'Amérique du nord en général, mais il y a du chemin. Autant pour d'autres choses, plus avancées, mais pour d'autres, il y a vraiment beaucoup de difficulté à laisser de la place à l'alternatif ».

Cette perspective plus globale de la santé inclut une relation plus positive face à certaines MI de l'enfance. Pour la varicelle, par exemple, et même pour la rougeole, certains parents et PDLS souhaitent une immunité naturelle pour les enfants.

M11 « Tu sais, quand j'ai vu qu'ils sortaient un vaccin contre la varicelle là... Quand les parents m'en parlent, je leur dis : 'Dans le temps là, ils mettaient, quand un enfant faisait la varicelle, ils les mettaient tous ensemble pour qu'ils l'attrapent pour développer leur immunité' ».

H1 « Et le problème, c'est que c'est souvent des maladies lorsque tu les as eues naturellement, là tu es protégé à vie. C'est le cas de la rougeole si tu l'as fait en bas âge... Moi j'ai organisé des parties de rougeole avec mes enfants... Bon, dans mon contexte ici, qui n'est pas l'Afrique sud-Saharienne avec un enfant dénutri et avec un minimum de gros bon sens, si tu gères ça, mettons... ».

H6 « T'sais la varicelle on a été tellement longtemps à dire: 'C'est important de faire sa varicelle. Il ne faut pas traiter la varicelle, il faut la laisser s'exprimer'. Là on essaie de faire qu'elle n'existe pas. Bien ça fait comme pas de sens ».

Cette pensée critique sur la vaccination chez certaines PDLS inclut une critique plus générale de la notion de prévention.

H1 « J'ai toujours continué de m'intéresser et aux maladies en question et au développement naturel de la maladie. Et en me disant, en rapport avec le vaccin, qu'est-ce le vaccin ? Je ne voyais pas toujours, surtout les virus, même en voulant être positive vis-à-vis des vaccins, je ne voyais pas comment ça allait aider à la cause pour finir. Alors qu'il fallait faire des progrès d'hygiène, alors qu'il fallait faire des progrès éducationnels ».

SF10 « Mais c'est pas le complot comme la recherche d'argent. Je te dirais au même titre que les gens qui ont fait l'idée de la mammographie, ou le dépistage du cancer... Je pense que l'idée en arrière, si on veut sauver des vies, puis on veut les sauver à tout prix. C'est vraiment la nouvelle pensée des années 1980 à 2015. On va les sauver à tout prix au même titre que le dépistage prénatal puis au même titre que toutes ces affaires-là. Donc, on y croit. On est vraiment... Puis même chose pour la vaccination ».

Cette vision plus globale de la santé, ce savoir non conventionnel et cette critique sociale du système, ont amené les PDLS interviewées à développer une certaine résilience à travers des stratégies parallèles bien précises.

4.5 Des stratégies parallèles de résistance

Les PDLS critiques de la vaccination vivent une situation quotidienne où elles doivent se soumettre à des règles avec lesquelles elles ne sont pas toujours en accord.

Malgré cette apparente soumission, certaines ont développé des stratégies parallèles pour résoudre ce dilemme. Elles semblent négocier leurs incertitudes à la fois par une résilience et une résistance exercées à l'aide de différentes actions afin d'arriver à fonctionner dans ce système. Elles ont des solutions bien précises pour améliorer la pratique vaccinale et tenter de minimiser les effets indésirables : d'abord vacciner judicieusement; ensuite adapter le calendrier vaccinal individuellement quand nécessaire; ne jamais vacciner un enfant malade; s'assurer d'une décision éclairée; utiliser parfois une MNC.

4.5.1 « Je ne suis pas contre ». Vacciner judicieusement

Les PDLS critiques ne sont pas formellement contre la vaccination comme certaines études le laissent croire. Leur position est beaucoup plus nuancée que simplement celle d'être antivaccinaliste.

SF5 « Ose prendre parole! Et puis questionner. Même pas dire : 'Je suis contre', juste questionner. Je pense qu'il y a de la prudence à y avoir, je pense qu'il y a des questions à se poser. Quand tu questionnes, c'est pas parce que tu es contre ».

Cette polarisation du débat sur la vaccination semble faire obstacle aux vraies raisons de l'hésitation à l'égard des vaccins. Les PDLS recrutées se soucient de certains critères qui, pour elles, doivent exister pour justifier des mesures préventives de masse comme la vaccination. Que ce soit face aux populations à risque, aux types de bactéries à combattre ou pour des raisons économiques et de justice sociale, leurs arguments pour motiver une vaccination judicieuse sont clairement articulés.

H1 « Sur la vaccination elle-même, je ne suis pas une absolue, contre systématique. Pour moi, c'est toujours, à beaucoup contextualiser. Selon évidemment le type de danger, parce que, en principe, c'est pour une intervention dans le cas où il y a un danger majeur pour la santé et qui menace

une population et que nous n'avons pas d'autres moyens d'arrêter ça (...). Alors je crois que, quand il y a eu le problème de méningite à méningocoque, je ne parle pas de la méningite virale, c'est un tout autre débat, je comprenais très bien qu'on puisse envisager la vaccination contre le méningocoque. Le danger était là, possiblement la population à risque était une vraie population à risque. (...) Donc, je le comprends parfaitement. (...) Le principe de vaccination en tant que tel, je n'ai rien contre. C'est ce qu'est devenue l'industrie vaccinale qui, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la santé, a développé des programmes de vaccinations préventives. C'est là que j'en ai. Pour des raisons économiques, c'est que développer des vaccins dans le monde pharmaceutique conventionnel, c'est extrêmement coûteux ».

M3 « Bon, moi, mon attitude c'est sûrement pas de revirer le patient parce qu'il n'est pas vacciné. Il y a des pédiatres qui font ça. Ok. Puis même tous les nouveaux vaccins payants ! (...) C'est une iniquité par rapport aux pauvres, là (...) Écoutez, quand les vaccins sont dans le calendrier régulier, qu'ils ont été étudiés par Santé Canada puis Santé publique, et qu'on a dit que l'efficacité était quand même assez correcte pour que le gouvernement le paie et ça rentre dans le calendrier. Bon ! Moi, je ne suis pas contre ces vaccins-là... Par contre, ceux qui étaient payants, bien on disait : Écoutez, si vous les voulez, il n'y a pas de problème, il faut savoir où on met notre argent, nos priorités... Par contre, le gouvernement n'a pas cru bon de les intégrer dans le calendrier régulier. Fait que, ça veut dire que, bon, encore une fois, est-ce qu'on a une justification de les donner régulièrement ? ».

Depuis l'histoire du succès de la vaccination contre la variole, les vaccins se sont multipliés sans que d'autres interventions de prévention pour les MI ne soient considérées. C'est cette démesure qui est soulignée tout au long des entrevues.

M13 « C'est une question de dosage... On accumule des affaires pour lesquelles il peut y avoir des interventions de prévention qui n'impliquent pas une inoculation d'un agent pathogène, alors c'est une question de balance ».

4.5.2 « Il n'est jamais trop tard pour les donner ». Adapter le calendrier vaccinal

La première stratégie proposée par plusieurs PDLs de notre recherche, et sans doute la plus répandue, est de tenter d'adapter le calendrier vaccinal. Ceci se fait de

différentes façons. Certaines individualisent l'intervention selon la santé de l'enfant et le désir de respecter les parents, en tentant de séparer les doses de vaccin et d'espacer les délais du calendrier régulier, ou encore de retarder la première vaccination.

M3 « Moi je leur ai dit : Bon, premièrement, il n'est jamais trop tard pour les donner. Il y a des calendriers adaptés. Maintenant, on peut des fois, essayer de les séparer, de ne pas en donner trois, quatre shots en même temps... Je pense même que c'est bon, c'est bon d'écouter le parent parce que... C'est comme si on leur laisse un peu de latitude, tu sais, de décision là-dedans. On n'est pas contre le calendrier régulier mais toujours un calendrier adapté. On va procéder par étape. (...) Une dose de Rougeole-Rubéole-Oreillons, tu sais, s'il y a une épidémie, il va rester juste une dose à donner ».

D'autres PDLS suggèrent des stratégies pour offrir aux parents le libre choix tout en répondant aux exigences des autorités de SP. Ici, une sage-femme doit négocier entre la responsabilité d'avoir à inciter les parents à venir plus tôt faire vacciner leur nouveau-né et ses convictions de vouloir fournir aux parents un choix éclairé.

SF8 « Je reviens à ma réunion entre gestionnaires des CLSC, donc directement en vaccination, où on ne me regardait même pas. Parce qu'on sait bien les sages-femmes... (...) Parce qu'elles m'ont dit : « Votre clientèle vient un peu tard pour... Celles qui se font vacciner, viennent tard pour s'inscrire au CLSC. Comment ça se fait ? Etc. ». J'ai dit : 'Ok, qu'est-ce que vous proposez pour qu'elles puissent se rendre à temps, donc à 2 mois pour le calendrier vaccinal' ? (...) Donc j'ai proposé des solutions pour informer davantage les parents, pour leur dire : 'Voici, inscrivez-vous mais le choix informé va se faire en détails un peu plus tard dans le suivi postnatal. Mais inscrivez-vous quitte à vous désinscrire si vous changez d'opinion' ».

L'âge de la vaccination dans le calendrier vaccinal officiel est un sujet récurrent : on vaccine trop tôt, disent la totalité des participantes. Comme cette PDLS qui se questionne sur le bon moment pour le faire.

M13 « Je ne suis pas contre les vaccins... mais c'est de dire devant ça [l'expérience de son amie et de la vaccination de son enfant] contre quoi ça

prémunit et est-ce que c'est le bon moment de le faire maintenant ou ça peut attendre ou ne pas le faire ? Donc j'ai développé un esprit plus critique vis-à-vis une pratique pour laquelle dans ma formation médicale c'était 'pris pour acquis'».

Contrairement aux autres groupes de PDLS, les médecins ont l'autorité de pouvoir officialiser le retard d'une vaccination. C'est une stratégie que cette participante utilise.

M3 « Il y avait eu comme une régression dans le développement, j'ai vu ça. Et puis, j'ai moi-même écrit dans le carnet de vaccination : 'contre-indication à donner le rappel à 18 mois'. J'avais dit aux parents, selon ce qui va arriver je pourrai dire qu'on peut recevoir le rappel de 5 ans. J'ai écrit ça dans le carnet, contre-indication à recevoir celui de 18 mois, parce que c'était suite au DCT qu'il y avait eu selon moi une régression (...) Alors là, nous autres, on est patient ».

Une autre participante ayant donné tous les vaccins à son enfant sans remise en question et qui avait été témoin d'un effet secondaire grave chez l'enfant d'une amie, craignait le vaccin de 18 mois, le ROR. Sa médecin a ainsi confirmé qu'on peut retarder la vaccination.

M13 « Je le module en fonction de ce qui me semble le mieux pour mon enfant, ça je le reconnais... La pédiatre a dit : 'ne t'en fais pas, si tu as peur, tu as peur. On le repousse et on la vaccine à 4 ans. On n'a pas besoin de ça avant l'entrée à l'école'. Et j'ai trouvé ça logique ».

4.5.3 « Attends qu'il soit top ! C'est du gros bon sens ». Ne pas vacciner un enfant malade

Une autre stratégie qui permet de concilier les exigences du système avec le désir des PDLS de ne pas nuire, est de ne jamais vacciner un-e enfant qui est malade. Selon elles, on ne vaccine pas n'importe quand, dans n'importe quelles circonstances. Ainsi,

s'assurer d'avoir les meilleures conditions pour l'enfant leur permet d'avoir un certain contrôle sur l'intervention qu'elles jugent non sans risque.

SF5 « Puis en plus de ça, tu peux décider deux affaires : si à la première dose, le petit, il pleure, il fait bien de la température, il ne va pas bien ! Il est irritable, etc. Arrête ça ! (...) Il réagit déjà beaucoup, ce n'est pas bon signe ! L'autre affaire, attends qu'il soit top ! (...) Tu sais pour moi, c'est du gros bon sens ! ».

M3 « Moi, il n'est pas question que je vaccine un enfant malade, que je ne suis pas sûr de sa condition physique, ok là ? À un moment donné je dis, mêlons pas les cartes ! Il est malade, guérissons-le. Je vais m'assurer qu'il va bien. Ok. Parce qu'on peut vacciner n'importe quand, n'est-ce pas ?! (...) Moi, je m'assure qu'il soit en bonne santé quand je le vaccine ».

4.5.4 « Fais le choix qui fait que tu vas être capable de vivre avec ça ». S'assurer de la variété des informations pour un choix éclairé

La majorité des PDLS interviewées ont le souci de respecter les parents, de supporter une démarche critique et éclairée et trouvent fondamental le fait de donner les deux côtés du débat sur la vaccination. Elles vont prendre le temps de donner de l'information sur les MI et sur toutes les possibilités face à la vaccination.

SF8 « Et ensuite on parle de ce processus de choix éclairé, choix informé, où on parle des pours, des contres, des alternatives, pour à peu près tout ce qu'on offre aux parents. Et pour la vaccination, on leur dit : 'Voici le calendrier, voici ce qui est proposé, en tout cas ce qui est recommandé par le système de santé. Si vous avez des questions, on vous invite à réfléchir, à lire'. On ne peut pas leur dire : 'Ne faites pas ci ou ne faites pas ça' ».

H6 « Je leur dis c'est quoi les options, il y a des parents qui choisissent de donner certains vaccins, de faire une prophylaxie pour d'autres. Mais pour certains parents, il y en a un qui ne veut pas faire vacciner, l'autre oui... Ils arrivent à un compromis tu sais, donc on fait comme ça. C'est tellement individuel ».

SF10 « Fais le choix qui fait que : 1) tu vas t'entendre avec ton conjoint puis que 2) tu vas t'entendre avec la famille et que tu n'auras pas trop de pression. Puis 3) tu vas être capable de vivre avec ça. Que si jamais il y arrive quelque chose, t'es capable de vivre avec ta décision. Et c'est ça le plus important ».

Cette question de choix éclairé rappelle aussi la critique soulevée par certaines PDLS précédemment à propos du manque de connaissances constaté face à la science du vaccin et les conflits d'intérêts qui existent entre l'industrie et l'État. Selon cette participante, bien des informations, dont les données sur les dangers des vaccins, sont absentes du discours officiel unilatéral sur la vaccination.

H1 « Mais je tiens à ce qu'ils aient des informations. Et des pour et des contres. Il y a des niveaux d'information que je peux leur indiquer [aux parents] avec des références. Sur l'histoire de l'efficacité, sur l'histoire du danger à court terme relié aux vaccins ou d'un danger à moyen et à long terme. Ce qui est complètement absent du discours ».

Dans ce désir de bien informer les parents, certaines PDLS interrogées ont aussi le souci de redonner du pouvoir aux mères et de leur remettre leur savoir.

SF5 « Puis là, c'est toi la mère, mets tes antennes. Sors-les. Si le feeling ne fite pas. D'abord tu peux sortir là. Tu ne retournes jamais. (...) Lui, il ne le connaît pas cet enfant-là. Toi tu le connais. Oui, il n'y a pas un spécialiste au monde qui est plus préoccupé par le bien-être de ce petit enfant-là que les parents ! Puis même chose pour les vaccins ! ».

D'autres, conscientes des pressions sociales que subissent les parents, se font un devoir de les informer du risque social de ne pas vacciner.

M3 « Alors là, à moment donné, c'est ça, je rencontre des parents, je leur dis : Écoutez, la rougeole, ça énerve bien du monde. La santé publique va débarquer là puis ils vont être bien énervés. Ils vont vouloir des immunoglobulines dans toutes les garderies, les retirer de l'école jusqu'à 6 semaines après le dernier cas... ».

Tout aussi intéressant, une participante s'inquiète des effets que pourrait avoir sur la couverture vaccinale, la divulgation d'informations au public qui jetterait un doute sur l'innocuité des vaccins. Une position également défendue par le discours officiel vaccinaliste (Jefferson, 1998).

M13 « [Parler des hypothèses sur les dangers de la vaccination et l'autoimmunité] mais il faudrait trouver la juste balance parce que de l'autre côté c'est qu'il y ait des mouvements antivaccinations qui remettent tout ça en question et on va voir à côté de tout ça, des maladies infectieuses qui vont grimper. Il faut faire attention comment on transmettrait ces messages-là ».

4.5.5 « Ça traîne. Moi je donne Pertussinum 30CH ». Utiliser les MNC

Certaines des PDLS qui ont participé à la recherche ont développé des façons de soigner non conventionnelles, particulièrement la médecine homéopathique, qu'elles vont utiliser dans le cadre de leur profession. Que ce soit pour traiter les suites de vaccination (Smits, 2001) ou pour faire une prophylaxie (Golden, 2013), cette méthode bien que marginale est employée partout dans le monde, pratiquée par des homéopathes et connue au Québec par plusieurs PDLS.

M3 « Même après... Je dirais après 6 semaines moi je donnais la coqueluche à dose homéopathique. Ah ! Certainement. Je les ai débarrassés de ça. Tu sais, là, ça traîne les docteurs ou ça ne finit plus... Ça traîne. Les médecins ils ne comprennent pas. Le réflexe coqueluchoïde après un an ! (...) Moi je donne Pertussinum 30CH. (...) Je donnais Drosera et Pertussinum ».

H6 « Je fais une prophylaxie [homéopathique pour le calendrier vaccinal]. Mais je ne le pousse pas. Je le fais que si les gens le demandent ».

4.5.6 « J'ai falsifié le carnet de vaccination... ». Un geste subversif

La falsification du carnet de vaccination est un fait rare mais qui existe. En France, la ministre de la Santé s'est dit inquiète de l'ampleur de ce « mouvement de défiance

envers les vaccins » (Poincaré, 2016). Certains-nes médecins fournissent de faux certificats de vaccination. Au Québec, dans une société où il n'y a pas d'obligation vaccinale, il faut se demander si l'importance des mesures coercitives n'est pas une cause de ce geste subversif.

M11 « Et à chaque année du secondaire, chaque année, il fallait envoyer le carnet. Écoute, moi, je les ai falsifiés pour sauter tout ça. Elle a eu DCT en tout cas... mais, j'ai falsifié, le carnet de vaccination... Oui, pour ne pas se faire achaler... ».

SF10 « Parce que ça se faisait en France, il y avait des gens qui falsifiaient les carnets de vaccination. Et donc, on disait aux gens de se servir de cet alinéa-là si jamais il y avait des problèmes au niveau de l'admission dans les garderies ou les écoles ou des choses comme ça ».

SF8 « J'ai même entendu des parents me dire : 'Je me suis arrangé avec mon médecin qui vient de l'Europe, cocher vacciné' ».

4.5.7 « Que l'intervention soit faite de façon plus rigoureuse ». Améliorer la pratique vaccinale

Le manque de recherche sur la vaccination, le manque de connaissances sur le vaccin, le problème du sous-signallement et le problème des vaccins combinés et des pratiques vaccinales font l'objet de nombreuses critiques mais suscitent aussi un certain intérêt quand à la possibilité d'améliorer cette pratique préventive. Cette médecin met de l'avant une solution que pourraient apporter les médecins au Québec, le groupe de PDLS ayant le plus de pouvoir, qui serait de faire pression pour retrouver des vaccins non conjugués.

M13 « Il y a un mouvement en médecine depuis plusieurs années et en médecine familiale, c'est le '*person centered care*'. Disons que le CMQ dit, pour vraiment fournir des services avec cet esprit, 'on exige de l'industrie pharma la possibilité d'avoir des vaccins séparés', avec le pouvoir énorme des médecins d'ici, ils ont le pouvoir de le faire. Il faudrait que le CMQ prenne

position... Je pense qu'il y a de la place pour faire quelque chose, pour vraiment que l'intervention au niveau de la prévention primaire des MI liée à la vaccination soit faite de façon plus rigoureuse et critique dans l'esprit du '*person centered care*' ».

Abordée dans les écrits depuis le début des années 1990 (Starfield, 2011), cette notion de soins centrés sur la personne (*person centred care* ou *shared decision making*) est définie par un équilibre entre le savoir professionnel des PDLS et le savoir personnel du patient et de sa famille. Ce type de soin, théoriquement, assurerait au-patient-te d'être écouté-ée et invité-ée à participer aux échanges et à la prise de décision concernant ses besoins de santé. Mettant l'accent sur les objectifs du-patient-e et sur l'expertise professionnelle disponible au sein d'une équipe (l'idée de l'interdisciplinarité), il s'agirait d'additionner les savoirs de tous les acteurs-trices en jeu à la connaissance et à la conscience que le-la patient-e a de lui-elle-même. Cette approche, bien qu'attrayante dans certains domaines (Steven *et al.*, 2014), rencontre encore bien des obstacles et n'est malheureusement pas encore arrivée à se concrétiser sur le terrain de la vaccination.

4.6 Retour auprès des participantes

Notre démarche méthodologique par théorisation ancrée avait comme souci de maintenir la présence des participantes tout au long du processus d'analyse, de privilégier le sens donné à leur expérience et de permettre la construction d'un savoir grâce à un échange. Ceci comprenait un retour auprès des participantes afin de leur soumettre notre analyse. Ce retour a permis de valider nos résultats tout en les précisant (définition de termes, verbatims clarifiés) et ce, par les personnes interviewées qui ont accepté de faire cette vérification. De plus, Charmaz (2011) parle « d'appropriation du savoir » ou de l'impact de la recherche sur l'agentivité, la capacité à agir sur le monde des participants-tes. Notre démarche méthodologique a

aussi permis de constater l'effet de notre recherche auprès de certaines PDLS interrogées.

H2 « Pour moi c'est important d'avoir une voix dans ce que tu fais. Peut être que je n'aurais pas le courage et de la détermination d'aller jusqu'au bout de cette recherche comme tu fais. C'est tellement important qu'une voix dissidente parle de ce sujet et qu'il le place dans la société ».

I7 « Je me demandais, quand est-ce que vous terminez votre recherche car je vais l'aborder [le sujet de la vaccination] avec mon fils puis ma fille qui est médecin (...). Le fait que vous vous intéressiez à ça, que vous m'en parliez, vous me motivez à le faire. Parce que sinon, c'est comme si j'avais comme peur probablement d'une réponse négative ou d'une non réceptivité de leur part. Vous me stimulez. Déjà, juste votre recherche, donne des résultats ! Juste votre questionnaire ! ».

SF8 « Bien je pense que c'est important d'avoir une occasion de parler de ça. Moi je trouvais ça important qu'on se questionne. Je trouve ça vraiment, vraiment important, qu'elle puisse être publiée [votre recherche] sous un angle d'ouverture. Qu'elle puisse toucher ».

SF10 « Ce qui m'a frappée de cette entrevue, c'est que je serais curieuse de lire des livres récents sur le sujet. En même temps, c'est parce que je me dis, 'ça doit être assez semblable à ce que je lisais dans les années 80'. Parce que tu sais, en principe je devrais avoir encore plus d'information et encore plus de recherche mais dans le fond, c'est tellement souvent biaisé que ce n'est pas nécessairement la vraie part des choses ».

Si plusieurs des répondantes étaient en général réticentes à participer à la recherche, certaines semblaient par la suite soulagées de pouvoir prendre la parole et d'aborder un sujet qui les touche de si près.

4.7 Conclusion

Cette deuxième partie qui comportait les résultats de notre recherche, nous a permis d'examiner en détails le contenu des inquiétudes et des critiques des PDLS face à la vaccination infantile afin d'en ressortir les raisons qui motivent leur hésitation face à cette intervention médicale préventive. Nous avons donc été en mesure de présenter leurs expériences, autant personnelles que professionnelles de la vaccination et les diverses sources d'information qui ont nourri leur démarche.

À partir de leurs récits, ces voix de PDLS visées par les études sur le phénomène de l'hésitation à l'égard des vaccins, une première observation peut être faite. Nous sommes en présence d'une diversité d'inquiétudes et de plusieurs points d'ombre suscités par des observations et des expériences marquantes (plutôt que des fausses croyances), qui les amènent d'abord à avoir des critiques face à la vaccination. Témoins elles-mêmes, ces expériences comprennent entre autres, la difficulté du signalement des MAPI, un aspect qu'elles trouvent particulièrement troublant. Ces points d'ombre concernent aussi le manque de connaissances constaté à propos des vaccins (anciens comme nouveaux), le nombre croissant des vaccins, des conditions de leur prescription, de la fiabilité des données de l'industrie à leur sujet, de leur efficacité, et surtout de leur effet à long terme.

Une deuxième observation que nous pouvons faire est que ces doutes, chez chacune d'entre elles, amènent une réflexion qui fait en sorte qu'elles deviendront critiques de la construction des connaissances médicales, et ce, autant dans leur formation professionnelle que dans la pratique de leur profession. Cette réflexion conduira à une recherche d'informations qui va au-delà de ce qui est présenté par le discours orthodoxe sur la vaccination, qu'elles connaissent une MNC ou non.

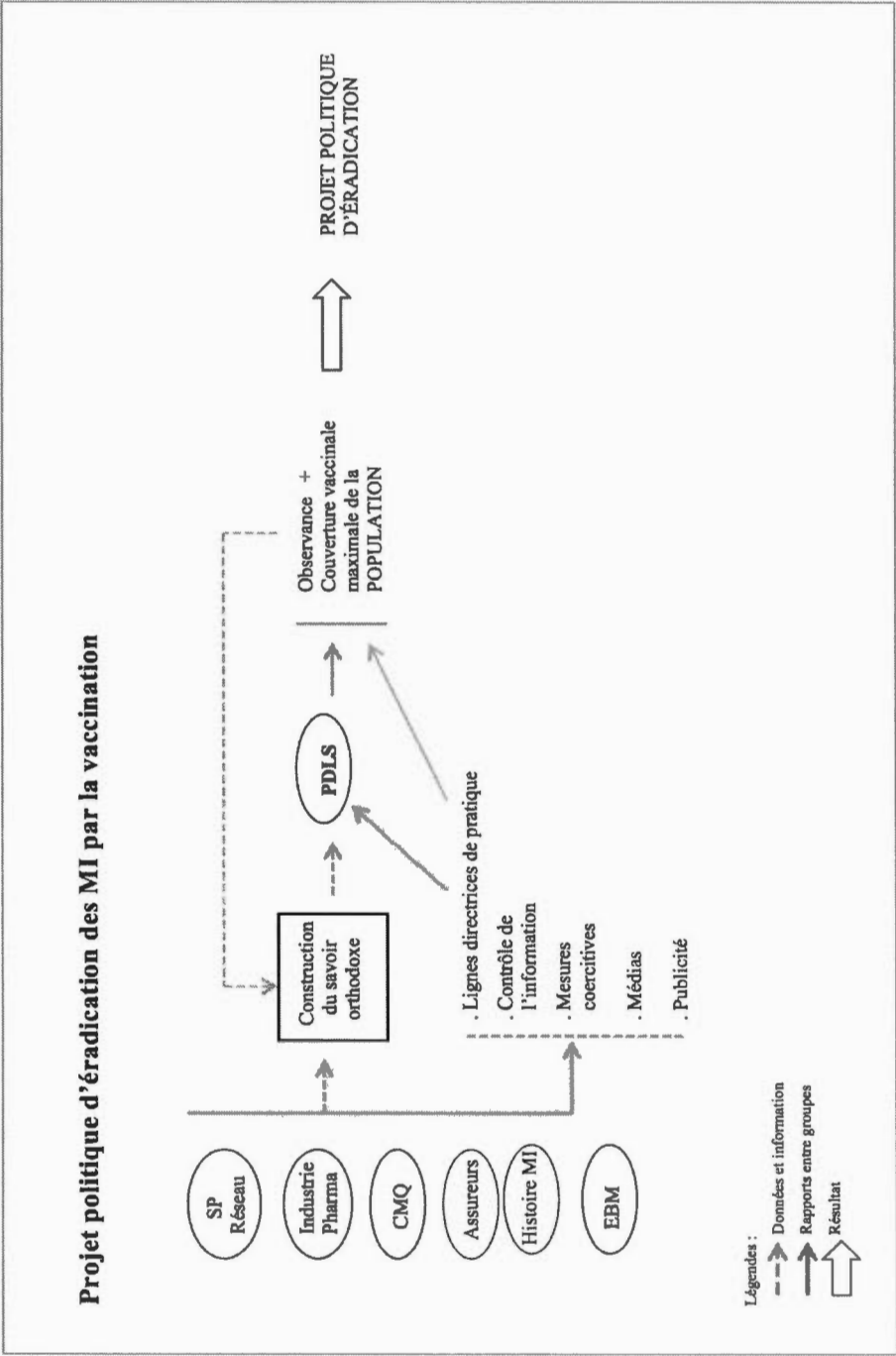
Bien que notre recherche visait principalement le contenu de leur critique face à la vaccination des enfants, plusieurs participantes ont témoigné spontanément de leur expérience avec le système de santé. Ce qui permet de faire une troisième observation à propos de leurs récits. Il semble que ces inquiétudes et ces critiques face à la vaccination sont aussi liées à une connaissance intime de l'organisation du système de soins qui dévoile la présence d'un mécanisme de surveillance autoritaire des professionnels-elles impliqués-es auprès des familles, et de la promotion des vaccins et de la vaccination. Un système qui se révèle être imperméable à tout questionnement des politiques en place, imperméable aussi à prendre en considération les inquiétudes des PDLS et des parents ou d'autres types de connaissances au sujet des vaccins.

Il faut comprendre que plusieurs facteurs concourent à la construction du savoir orthodoxe et à l'élaboration d'un même discours exclusif au sujet de la vaccination comme agent principal à l'éradication des MI. C'est ce qui est illustré grâce aux nombreux éléments mis de l'avant justement à travers les témoignages des PDLS interviewées. Il s'agit : du réseau de la santé publique (SP), de l'industrie pharmaceutique (IP) et sa promiscuité avec l'État, du Collège des médecins du Québec (CMQ), des assureurs, du monopole de l'*EBM* alimentée par celui de la MC, ainsi que des écrits orthodoxes sur l'histoire des succès de la vaccination de masse. C'est à l'aide des lignes directrices des associations professionnelles (fournies par l'industrie) sur les différentes pratiques des PDLS, de l'information écrémée sur la vaccination diffusée par les autorités de SP et le gouvernement, des mesures coercitives qui contraignent à l'observance et sanctionnent les réticents-tes, des médias comme courroie de transmission de la pensée dominante sur le vaccin et des campagnes de publicité, que l'observance à la vaccination est assurée au Québec. Tout ceci contribue à une couverture vaccinale maximale, à la fois dans la population que chez les PDLS, ainsi qu'à nourrir ce projet politique d'éradication des MI par la vaccination. À la lumière de la recension des écrits et des résultats présentés, nous

pouvons conceptualiser la problématique de ce projet politique et décrire les diverses composantes de la construction du savoir orthodoxe officiel telles qu'exposées par les PDLs interrogées (Figure 4.1).

Enfin, une quatrième observation peut être faite à partir des récits des PDLs interrogées. Il s'agit de la présence de stratégies parallèles utilisées par certaines d'entre elles pour tenter de résoudre la contradiction entre leur expérience, leur savoir et ce qui est imposé par le système de santé, en trouvant un espace de négociation ou de compromis à l'intérieur de leur pratique professionnelle. C'est un des points que nous aborderons dans la discussion des résultats présentée au Chapitre V.

Figure 4.1 *Projet politique d'éradication des MI par la vaccination*



CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce projet de recherche qualitatif avait comme principal objectif de mettre de l'avant le contenu et le sens des inquiétudes et des critiques d'un échantillon de PDLS face à la vaccination infantile. Nous avons voulu sciemment donner la parole à des femmes, expertes dans leur domaine, qui ont un discours hétérodoxe sur le sujet mais qui semble gommé par une force normative préservant les politiques en place. Notre intérêt, en documentant le contenu de leur discours pour en comprendre le sens, était d'arriver à dépasser la polarisation du sujet de la vaccination au Québec, un phénomène qui confine toute critique vaccinale au rang d'antivaccinaliste. Or, l'analyse du contenu des inquiétudes et des critiques des participantes montre l'importante complexité, les nuances, la richesse de leur réflexion qui va bien au-delà de cette épithète de « fausses croyances » supposées dans les études, entre autres, de la SP à l'égard des différents groupes professionnels hésitants face à la vaccination. Notre objectif secondaire proposait de comprendre pourquoi critiquer la vaccination est un sujet tabou dans la société québécoise. Ce dernier point sera aussi examiné dans ce chapitre, car notre processus de recherche nous amène maintenant à procéder à la discussion de nos résultats.

Bien que cette étude ne présume nullement représenter la totalité des PDLS critiques de cette mesure préventive, elle a néanmoins donné lieu, grâce à leur expérience sur le terrain, à une incursion inédite dans un univers qui enrichit notre compréhension sur cet « impensable » (Bourdieu, 1984) selon le discours dominant, qui est la réticence à la vaccination mais aussi sur le statut singulier de cet objet vaccinal. Comme nous l'avons mentionné, la démarche inductive par théorisation ancrée nous permet une analyse des questions complexes et des sujets qui sont difficiles d'accès

afin d'arriver à une théorisation, c'est-à-dire à une compréhension nouvelle d'un phénomène rarement étudié. L'analyse s'est faite à partir de l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par les données de terrain. Cette approche met en lumière le processus qui a permis aux participantes de notre étude, d'attribuer un sens à ce qui leur arrive (Couture, 2003; Méliani, 2013). Cette démarche méthodologique a permis une exploration du sujet de la vaccination du point de vue des PDLS qui y sont impliquées. Les perspectives théoriques utilisées ont aidé à jeter un regard nouveau sur le problème de la construction du savoir et de l'ignorance à propos des connaissances et pratiques médicales qui influencent les politiques de santé, en documentant les discours hétérodoxes de PDLS sur la vaccination infantile.

Cette dernière partie sera consacrée à l'interprétation des résultats à l'aide de certains concepts théoriques qui nous semblaient les plus utiles pour la compréhension du phénomène étudié. Cette recherche visait la compréhension, la description et la modélisation du phénomène des discours hétérodoxes de PDLS sur la vaccination infantile. L'analyse des données, recueillies auprès de treize PDLS du Québec de quatre groupes professionnels différents (infirmières, sages-femmes, homéopathes et médecins), a permis l'exploration de catégories conceptuelles nous permettant de nommer les aspects les plus importants du phénomène auquel renvoyaient les données, de les mettre en relation et de les intégrer afin de cerner l'essentiel de leurs propos, pour ultimement arriver à modéliser et théoriser sur le contenu de ces discours hétérodoxes que nous avons qualifiés de savoirs interdits.

Constations principales

En général, les résultats de notre étude montrent que la construction du discours hétérodoxe sur la vaccination d'une partie des PDLS du Québec se caractérise par des événements importants observés et révélés, principalement par des expériences

concrètes, personnelles et professionnelles, qui jettent un doute sur le bien-fondé des pratiques vaccinales. Ces informations troublantes permettent de constater l'utilité d'avoir exploré l'univers singulier de ces PDLS afin de mieux comprendre leur hésitation face à la vaccination.

L'analyse des différents témoignages des PDLS de notre étude nous fournit une meilleure compréhension du contenu de leurs critiques et inquiétudes à l'égard des vaccins, nous permettant de faire quatre constatactions exposées à travers leur vécu du système de santé qui s'interprètent à l'aide de quatre concepts précis. La première constatation porte sur la construction spécifique du savoir orthodoxe dominant sur la vaccination qui semble amener à ce que nous définirons par l'*hégémonie du vaccin*. La deuxième constatation a trait à la présence d'une alliance autoritaire médicale et pharmaceutique qui contrôle tout le champ des connaissances sur la vaccination, désignée ici par une *iatrocratie*⁹⁴. La troisième constatation met de l'avant un phénomène d'étouffement de toute forme de remise en question des pratiques vaccinales qui endigue des connaissances hétérodoxes qui nous paraissent importantes, une forme d'*injustice épistémique*. Ces trois éléments semblent constituer à la fois ce qui maintient l'observance aux politiques vaccinales, et ce qui alimente le discours hétérodoxe des PDLS de notre étude. La quatrième constatation fait état des moyens utilisés par certaines PDLS pour tenter de résoudre la contradiction entre leur expérience, leur savoir et ce qui est imposé par le système. Ce dernier point souligne la possibilité de trouver un espace de négociation ou de compromis afin d'améliorer les pratiques vaccinales, des *stratégies parallèles*.

Nous évoquerons d'abord (5.1) les points de convergences et de divergences entre les participantes. Ces différences annoncent d'emblée une dépolarisation du débat et confirment notre hypothèse à propos d'une position des PDLS interviewées, plutôt

⁹⁴ *Iatros* « médecin » et *cratia* « mode de gouvernement » (Le Robert, 1992, *Dictionnaire étymologique du français*).

nuancée qu'antivaccinaliste face à la vaccination : elles sont à la fois critiques et inquiètes des pratiques vaccinales, mais aussi de toute l'organisation et des influences qui maintiennent ces pratiques.

Nous présenterons ensuite plus en profondeur chacun des quatre concepts déterminant en grande partie le contenu de leurs critiques sur les pratiques vaccinales : (5.2) l'hégémonie du vaccin, (5.3) l'iatrocratie, (5.4) l'injustice épistémique et (5.5) les stratégies parallèles. Nous présenterons enfin ce qui est proposé par les PDLS interrogées comme pistes de réflexion pour améliorer les pratiques vaccinales afin de faire connaître l'importance des savoirs hétérodoxes interdits de PDLS comme sources de connaissances.

5.1 Convergences et divergences : des récits nuancés

Nous l'évoquions plus tôt, au Québec il n'y a pas de « mouvement antivaccination » au sens d'un mouvement social (Neveu, 2003) : environ 1 à 2 % des enfants québécois seulement ne sont pas vaccinés-ées. Il y a des inquiétudes sur le nombre de vaccins donnés, leur innocuité, un désir d'information et de libre choix pour vacciner contre certaines maladies, une tendance pour une minorité de la population à retarder le calendrier officiel de vaccination et à parfois utiliser une alternative à cette mesure préventive. Les PDLS interrogées ne font pas exception et ne sont pas systématiquement « contre la vaccination » mais ont plutôt chacune des explications différentes à apporter à leurs critiques sur les pratiques et politiques vaccinales. Un de nos objectifs secondaires, en nuancant justement ces discours hétérodoxes, était de dépasser le débat pro/anti vaccinaliste qui entrave toute tentative de discussion afin de mettre en lumière des pistes pour l'amélioration de cette pratique médicale. Comme nous le souhaitions, les PDLS recrutées avaient des suggestions, différentes selon leur statut professionnel, sur les améliorations possibles à apporter aux programmes de

vaccination actuels, que nous présenterons à la fin de ce chapitre.

Au départ de ce projet de recherche, nous pensions trouver des réponses et des critiques différentes selon les différents groupes de PDLS, comme par exemple des perceptions différentes liées aux philosophies qui habitent chacune des quatre professions. Nous retrouvons plutôt dans notre analyse certains discours semblables chez les différents groupes et parfois similaires à ceux notés dans les écrits, mais beaucoup plus élaborés. De plus, nous retrouvons certains discours communs à toutes les PDLS interrogées : sur les inquiétudes quant au nombre de vaccins du calendrier, sur le manque de données sur les effets au long cours de la vaccination, mais surtout sur les dispositifs mis en place pour assurer l'observance à la vaccination par la population et les PDLS. Toutefois, certaines divergences existent et nous aventurer à tenter une comparaison entre les témoignages des différentes PDLS interviewées, certaines très critiques et d'autres plus convaincues des bienfaits des vaccins, permet déjà d'élargir le débat.

5.1.1 L'expérience productrice de sens

Les PDLS interrogées ont d'abord toutes en commun des expériences personnelles et professionnelles qui ont eu un impact sur leur perception de la vaccination, ce qui a nourri une recherche, une réflexion et leur a permis de développer un savoir élaboré sur cette question lequel devrait, selon nous, être mis à contribution pour améliorer les pratiques vaccinales. Cette notion selon laquelle il y a un lien direct entre l'expérience personnelle des gens face à la santé et à la maladie et les processus de décisions par rapport aux soins de santé n'est pas nouvelle (Jodelet, 2006; Lupton, 2003; Williams, 2006; Williams et Popay, 2006). Il existe, dans les écrits sociologiques, des études qui mettent en lumière l'importance des récits comme source de savoir (Kalitzkus et Matthiessen, 2009; Lawton, 2003; Williams, 1984).

Williams et Popay (2006) parlent précisément du « privilège de l'expérience ». L'expérience est en elle-même productrice de sens (Massé, 1997) et même si elle est fort différente chez chacune d'entre elles, c'est ce que démontrent les PDLS tout au long des entrevues. Toutefois, les participantes disent aussi avoir étudié différents types de références pour appuyer leurs critiques. Le développement de leur connaissance est donc élaboré sur ces deux aspects.

À l'aide d'un échantillon intentionnel, nous avons cherché à représenter le mieux possible tout le spectre des différentes critiques face au calendrier vaccinal infantile. Ainsi, si la majorité des PDLS de notre étude sont transformées par les expériences qu'elles ont vécues, c'est-à-dire d'être témoin d'effets secondaires post-vaccinaux, une participante restera convaincue des bienfaits incontestables de la vaccination, malgré une expérience de MAPI qui marquera son point de vue sur les pratiques vaccinales.

5.1.2 Des assertions inconsistantes sur la vaccination

Les PDLS interviewées nous permettent de voir les nombreuses positions quant aux différentes assertions soutenues par le discours officiel sur la vaccination. Que ce soit par rapport à la possibilité d'éradication des MI, ou encore par rapport aux vertus de la prévention revendiquées par le discours dominant en santé, ou au danger d'informer le public face aux effets secondaires possibles des vaccins, plusieurs points de vue différents existent. Une médecin par exemple, évoque paradoxalement la possibilité d'éradication des MI sans émettre de doutes quant à la faisabilité de ce projet mais tout en dénonçant la surcharge de calendrier vaccinal infantile. Les autres par contre n'adhèrent pas du tout à ce projet politique. L'exemple utilisé le plus souvent dans le discours officiel est celui de l'éradication de la variole ou de la polio comme modèle pour l'éradication des autres MI, malgré la réalité d'aujourd'hui avec

les types de maladies et leur mutation, malgré le contexte socio-économique différent, malgré la complexité grandissante du calendrier vaccinal, malgré les types de vaccins (vaccins à ADN à ingénierie génétique) et les éclosions relevées chez les personnes vaccinées. Mais le discours officiel vaccinaliste ne convainc pas la majorité des participantes.

Toutefois, si la plupart des PDLs recrutées prônent la diversité de l'information à donner aux parents pour une décision éclairée, une participante mentionne sa crainte face à une éventuelle baisse de couverture vaccinale si on informe la population des doutes qui existent face à l'innocuité des vaccins. Selon elle, ceci nourrirait « les antivaccinalistes » et la population doit être protégée d'un certain savoir qu'elle ne pourra gérer. Ce point de vue retrouvé dans les écrits et selon lequel « la société devrait prendre garde à exposer publiquement les potentiels effets à long terme des vaccins » (Jefferson, 1998 : 159) diverge de celui des autres participantes. Il est intéressant car il traduit bien les craintes des autorités de SP et pourrait expliquer en partie l'absence de transparence face aux incertitudes non divulguées sur les divers risques de la vaccination.

Les différences observées aussi face à la peur des MI (peur de la méningite par exemple) s'observent surtout chez celles qui ont un autre outil (MNC) pour traiter les MI ou qui ont développé une vision plus globale de la santé et de la maladie, ce qui transforme chez elles la peur en capacité d'agir (*empowerment*). Ainsi, pour plusieurs PDLs, se faire vacciner, et aussi vacciner ou ne pas vacciner, selon la décision éclairée des parents, pourra se faire en présence d'autres stratégies de prévention pour éviter la maladie : intervention médicale alternative au vaccin pour le VPH pour une participante, alimentation, ou encore homéoprophylaxie par exemple, pour d'autres.

Nous notons également que les PDLs au discours plus critique sont allées au-delà du discours dominant de la biomédecine et de la SP – qu'elles proviennent du système

de santé conventionnel (M-I) ou non conventionnel (SF-H), et se sont intéressées aux écrits critiques sur le sujet. Celle qui reste plus proche du discours officiel de la SP ne s'y est pas intéressé et en ignore les sources demeurant convaincue des références vaccinalistes assurées par l'*EBM*. Pour cette participante, les ECR restent des sources reconnues d'information et pour elle aussi, le vaccin n'est pas vu comme un médicament mais plutôt comme « *une intervention de prévention* ».

Cependant, à l'exception bien sûr des homéopathes ayant une thérapeutique spécifique contre les MI, il ne semble pas que les PDLS qui se sont intéressées aux MNC par exemple, donc à d'autres discours sur la santé que ceux véhiculés par le discours officiel, soient systématiquement plus critiques face à la vaccination. Une participante ayant aussi une approche non conventionnelle dans sa pratique médicale ne questionnait pas pour autant la vaccination avant d'avoir vu un effet secondaire grave suite à un vaccin. Plutôt, il semble qu'une vision plus globale de la santé et une position critique face à la science du vaccin et au système de soins, soient des facteurs qui influencent cette prise de position plus critique de la vaccination. Nous pouvons aussi nous demander s'il y a un lien à faire entre la moyenne d'âge et le fait d'être issue des mouvements féministe et global en santé des années 1970 quant à une position critique sur les pratiques vaccinales (nutrition, auto-santé, humanisation des soins et de l'accouchement). Mais les deux éléments qui contribuent en premier à un point de vue critique de la vaccination, nous l'avons souligné, restent l'expérience d'avoir été témoin d'effet secondaire post vaccinal et une expérience intime du système de santé, une structure socio-politique qui a instauré des stratégies normatives impérieuses pour assurer l'observance de cette mesure préventive.

5.2 De la construction partielle d'un savoir unique à l'hégémonie du vaccin

L'INSPQ mène des enquêtes sur la couverture vaccinale environ aux « deux ans afin de suivre de façon rapprochée l'acceptabilité aux vaccins, l'impact de l'introduction des nouveaux vaccins et l'efficacité des interventions de promotion », commanditées par le MSSSQ. Dans son rapport de 2015 sur la couverture vaccinale des enfants de 1 à 2 ans (Boulianne *et al.*, 2015), les auteurs-res concluaient en ces termes :

Les bénéfices sanitaires des programmes de vaccination sont importants. La vaccination demeure à coup sûr une des plus grandes réussites en matière de santé publique. L'émergence de certains phénomènes comme l'hésitation à la vaccination nous oblige cependant à redoubler d'efforts pour s'assurer de maintenir les couvertures vaccinales à un niveau optimal pour assurer aux enfants québécois la meilleure protection souhaitée. Malgré ce phénomène observé au Canada et ailleurs dans le monde, **on note au Québec en 2014 une amélioration des couvertures vaccinales** (...) Bien qu'il y ait eu amélioration des indicateurs à cet égard au fil du temps, il importe de maintenir et renforcer les mesures en place pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination au moment recommandé, afin de maximiser la protection que les vaccins sont censés conférer. Outre le fait que ces actions doivent viser les populations les plus vulnérables, elles doivent permettre de réduire le nombre de **fausses contre-indications**, appuyer l'importance de l'administration des **injections multiples**, et ce, tant auprès des vaccinateurs qu'auprès des parents, et encourager davantage l'utilisation des calendriers accélérés lorsqu'un retard est déjà constaté ou que celui-ci est inévitable. (: 61, nous soulignons).

Tout comme l'OMS-SAGE, l'INSPQ et l'État désirent ainsi renforcer les stratégies de promotion de la vaccination et cibler davantage les populations qui risquent de ne pas se contraindre au calendrier vaccinal. L'analyse des entrevues des PDLS de notre étude dévoile un système bien organisé qui ne semble laisser de place à aucune remise en question de cette pratique médicale normée : il est impensable de ne pas vacciner et il est également incompréhensible de remettre en question ce biomédicament. Les PDLS participant à cette recherche ne sont pas, de façon péremptoire, contre la vaccination mais sont critiques et inquiètes de certaines

pratiques et politiques vaccinales et du fait que la vaccination soit le seul moyen proposé. Pour certaines d'entre elles, la vaccination ne serait pas toujours leur premier choix pour lutter contre les MI. Comme professionnelles, souvent de première ligne auprès des parents et de leurs enfants, elles ont toutes témoigné de l'impossibilité de parler dans leur milieu professionnel, sauf pour les homéopathes, de leurs inquiétudes quant à ce que nous ignorons encore aujourd'hui au sujet des vaccins et des conséquences parfois néfastes qu'ils ont (Ward, 2000).

Notre analyse montre que ce système, où la confluence entre les appuis de l'État, d'universités, de scientifiques, du monde médical et de l'industrie pharmaceutique n'est plus à prouver, semble reposer principalement sur la mise en place d'une hégémonie du vaccin. On pourrait avancer que le vaccin, dans le contexte actuel, peut être conçu comme une « boîte noire » (Latour, 1989) qui, tenue pour acquise malgré le manque de questionnement sur ses mécanismes internes (moléculaires, biologiques, scientifiques, politiques), permet aux autorités de santé publique de poursuivre ses discours et ses pratiques. Empruntant la pensée de Foucault, la prépondérance de ce biomédicament se fait à travers des « mécanismes de surveillance, d'assujettissement et de contrôle », et en imposant un « régime de vérité » qui ne laisse aucune place à toute autre forme de savoir. Ce régime de vérité où « l'impensable est peut-être (...) la limite du savoir, limite instituée et réitérée par la surveillance à l'œuvre dans le savoir, surveillance qui transforme la parole en silence, en 'murmures inaudibles' pour la raison... » (Frackowiak, 2006 : 134). Ce musellement est signalé clairement par certaines des participantes qui, pour éviter les sanctions, doivent « *se ferme[r] la gueule* ». Ce régime de vérité arrive à discréditer la parole, l'expérience et aussi les données narratives croissantes qui sont rapportées au sujet des vaccins, au profit de preuves dites objectives et scientifiques constituant la rhétorique biomédicale. C'est cette dernière qui est reproduite comme nous pouvons lire d'entrée de jeu dans l'annonce, axée sur le risque, du nouveau rapport du directeur de santé publique 2015, *La vaccination : Remettre les pendules à l'heure* :

La vaccination, un des plus grands succès de la médecine, est la mesure de santé publique qui permet de sauver le plus de vies humaines. Mais attention, dès que l'on cesse de vacciner, les microbes réapparaissent ! (Direction de la Santé Publique de la Montérégie, 2015).

Ainsi, il s'agit vraisemblablement d'assurer l'hégémonie biomédicale du vaccin. Cela est possible à l'aide de la « technocratie », c'est-à-dire d'un groupe social qui met la science au service du pouvoir servant ainsi d'intermédiaire à l'assimilation de la science à la politique (Séguin, 1996), mais aussi par la présence d'ignorances intentionnelles c'est-à-dire au moyen de sujétions institutionnelles, politiques, économiques et culturelles qui produisent des omissions dans ce que nous savons et ce que nous acceptons comme savoir (Kempner *et al.*, 2011; Tuana, 2006). Cette hégémonie du vaccin fonctionne donc en offrant une réponse unique comme mesure préventive des MI et en entretenant la polarisation du débat sur la vaccination. C'est un vrai « travail politique » défini « comme le mode d'organisation des pouvoirs en réseau, leur agencement légitime, à partir d'opérations d'identification et de confédération des pouvoirs par des acteurs » (Dodier, 2003 dans Bismut, 2006 : 6), et non sans lien avec l'industrie. En effet, beaucoup de ressources sont mises à disposition pour la communication du risque et des stratégies de communication afin de contrer l'hésitation (Brewer *et al.*, 2017), d'augmenter et de maintenir l'observance à la vaccination ainsi que pour changer les « croyances » des PDLS réticents-tes (WHO, 2013). L'INSPQ, s'inquiétant d'une supposée « émergence du phénomène d'hésitation à la vaccination », pourtant bien marginal au Québec (Boulianne *et al.*, 2015), utilise des fonds publics afin de sonder régulièrement aussi la population. « La science exerce une fonction politique en peuplant la sphère publique d'objets scientifiques qui se transforment ainsi en autant d'enjeux politiques (...) Les choix effectués par la société face à ces enjeux sont prédéterminés par le discours scientifique lui-même » (Séguin, 1996 : 182).

Nos données sur les PDLS interrogées démontrent que des omissions de l'histoire, des ignorances sur la science incomplète du vaccin et aussi des mécanismes de dénigrement de savoirs interdits, favorisent une hégémonie du vaccin.

5.2.1 Omission de l'histoire des MI et des avancées sur leur traitement

Nous l'avons souligné plus tôt, de nombreux auteurs ont relativisé « le triomphe de la médecine contre les maladies infectieuses en le situant dans le contexte de l'histoire des maladies » (Dufresne, 2015). S'il est vrai que la vaccination a sauvé des vies, l'hégémonie du vaccin s'est par contre fondée sur ses succès, mais a rarement tenu des comptes sur ses échecs ou sa nocivité⁹⁵. On semble vouloir ignorer les données historiques démontrant ses revers, ignorant du même coup l'apport considérable de l'amélioration des conditions de vie et la présence d'autres formes de savoirs médicaux sur la diminution de la mortalité, comme l'ont souligné certaines participantes. Et ce, avant l'arrivée de la vaccination.

De plus, on a omis de considérer tous les écrits historiques qui relatent avec précision l'apport en prophylaxie, au traitement de plusieurs MI ainsi qu'au traitement, par les homéopathes de plusieurs pays, des suites malencontreuses de l'inoculation (Krynicky, 1966). Une participante a aussi souligné les oublis dans le discours orthodoxe en ce qui a trait aux données sur le taux de morbidité et de mortalité des vaccinés. Ces manques, ces ignorances amènent à négliger des pans entiers de l'histoire qui renseignent sur l'origine de l'amélioration de la santé des populations et la diminution des taux de mortalité par les maladies infectieuses, faisant ainsi des vaccins contre la variole ou la polio les seuls facteurs attribuables à cette avancée, et des médecins, les seuls intervenants compétents.

⁹⁵ Fournier (2016) note, par exemple, qu'en Prusse au milieu des années 1800, 57 000 personnes ont été revaccinées contre la variole, certaines jusqu'à 3 fois et dont près de 47 000 ont eu la variole à différents degrés (Winter, 1856 dans Fournier, 2016). On retrouve le même phénomène dans plusieurs pays (Keelan, 2004) et aussi avec le BCG et la polio (Bushwald, 1995, 2003; Jack, 1989).

5.2.2 La science incomplète du vaccin : le « non savoir »

Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, **fondé sur des informations suffisantes**. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture UNESCO, 2005, Principes, Article 6.1 – consentement : 86, nous soulignons)

La présence du « non savoir » de cette science incomplète du vaccin, la « science non faite » (*undone science*) c'est-à-dire l'absence de connaissances et la production du savoir biaisé en faveur du maintien de politiques ou de bénéfices intéressés (Frickel, 2010; Gross, 2007; Hess, 2007; Knorr Cetina, 1999; Wilyman, 2015), est un des facteurs qui assure l'hégémonie du vaccin. L'affirmation des autorités de SP selon laquelle les avantages des vaccins l'emportent largement sur les risques ne peut être maintenue en raison des lacunes dans les connaissances scientifiques issues de certains domaines de recherche non financés et la surveillance inadéquate des MAPI. Le contenu des critiques des PDLs provient d'observations et de connaissances qui les amènent à suspecter cette science du vaccin incomplète et des effets au long cours; bref « *qu'on ne sait pas tout* ».

Un des inconvénients de cette hégémonie du vaccin est la difficulté maintenant pour de nombreux médecins (Girard, 2014) de poser un diagnostic de maladie infectieuse, comme en a témoigné une participante. Certaines soulignent aussi plusieurs questions irrésolues sur les effets secondaires de la vaccination, une conséquence du « vaccin comme seule voie raisonnable ». Mais l'élément le plus alarmant de cette ignorance sur la science incomplète du vaccin est sans doute le phénomène du sous-signallement qui met en péril l'élaboration des connaissances sur l'innocuité à court terme comme à long terme des vaccins, un champ largement sous-développé.

5.2.2.1 Les conséquences du sous-signallement

Les effets indésirables graves des médicaments sont un problème de SP important dont les dimensions ont été définies de manière imprécise. On estime que ces incidents comptent pour 3,1 % à 6,2 % des admissions dans les hôpitaux (Moore *et al.*, 2005). Cela ne tient pas compte des erreurs médicales qui représentent aux États-Unis la troisième cause de décès, mais qui ne figurent ni sur les certificats de décès⁹⁶ ni dans le classement des causes de décès (Makary et Daniel, 2016). Lorsqu'un médicament arrive sur le marché, on sait très peu à propos de son innocuité et la déclaration spontanée des effets indésirables présumés par les professionnels-elles de la santé continue d'être un élément essentiel pour le déclenchement de signaux sur la sécurité des médicaments (Gonzalez-Gonzalez *et al.*, 2013). En raison des lacunes de surveillance et de signallement, nous n'avons effectivement aucun moyen de prouver les effets secondaires des vaccins quand ils se produisent, malgré les dispositifs en place au Québec (programme ESPRI) et au Canada (programme IMPACT).

Rappelons que dans l'étude de Lopez-Gonzalez et ses collaborateurs-trices (2009), les facteurs associés au sous-signallement étaient, entre autres, l'ignorance, l'indifférence et la complaisance. Selon Dunbar et Skinner (2003 : 141), « à la hausse croissante des vaccins produits a répondu une hausse alarmante des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI). Or, bien que des milliards de dollars aient été dépensés pour développer ces vaccins, on notera que virtuellement aucun budget n'a été débloqué pour étudier les MAPI : il y a donc de quoi s'inquiéter ». De plus, étant donné les données sur la mortalité infantile dans les pays riches et l'ampleur du schéma de problèmes de santé chez les enfants qui s'accumulent parallèlement au nombre croissant de vaccins administrés (Classen, 2014; Miller et Goldman, 2011), le bon

⁹⁶ Sur les omissions des vraies causes de décès sur les certificats et sur le sous-signallement des causes de décès dues aux réactions indésirables par les médicaments prescrits, voir aussi : Altman, 1988; Bloor *et al.*, 1987; Freund *et al.*, 2003; Hill et Anderson, 1991; Kircher *et al.*, 1985; Sington et Cottrell, 2002.

sens voudrait que nous soupçonnions un lien de causalité. Or, comme le soulignent quelques-unes des PDLS interviewées, le lien entre l'effet secondaire de la personne vaccinée et le vaccin est presque systématiquement nié. Une étude sur les événements indésirables après la vaccination contre le VPH, en Alberta entre 2006 et 2014 (Liu *et al.*, 2016) révèle qu'un sujet sur dix, ayant reçu le vaccin VPH, a été admis à l'urgence d'un hôpital dans les 6 semaines suivant la vaccination, dont 80 % avait entre 9 et 14 ans. Pourtant les autorités de SP n'ont pas utilisé les résultats pour avertir des dangers du vaccin contre le VPH, mais ont déclaré ces chiffres comme preuve de sécurité du vaccin (Biron, 2016). De plus, l'étude canadienne a également constaté qu'un sujet vacciné sur deux cents a été admis dans un hôpital pour des séjours prolongés. Pourtant les auteurs de l'étude concluent que le pourcentage d'effets indésirables était « faible et compatible avec les types d'évènements vus ailleurs » (Liu *et al.*, 2016 : 1804).

Le phénomène de sous-signallement et la difficulté à faire reconnaître la véracité des MAPI nous forcent à se demander quelle est la vraie proportion de PDLS qui ont des doutes ou des inquiétudes mais qui ne sont pas encouragés-ées à prendre la parole. Nous savons que le taux de signallement des effets indésirables pour les médicaments se situe au Canada entre 1 et 5 % au mieux (Fuller, 2014), ce qui laisse entendre que pour les vaccins, ce pourcentage serait beaucoup moindre: un fait troublant qui confirme les inquiétudes des PDLS de notre étude.

5.2.2.2 Des questions irrésolues sur les effets au long cours

Les vaccins, « réputés exercer leurs effets immunologiques bénéfiques sur plusieurs années, voire plusieurs décennies » (Girard, 2014 : 6) ne sont testés sur leur tolérance

(innocuité)⁹⁷ que sur un temps court. Par exemple, la monographie de *Infanrix hexa* (DCT-Hep B-Hib-polio) nous informe que « les symptômes, mentionnés sur demande ou spontanément, survenus après la vaccination durant la période de suivi de 8 jours ont été signalés » (GlaxoSmithKline, 2015 : 9). Et « quand les comparaisons ne se font pas contre un vrai placebo, les évaluations de tolérance sont encore plus affaiblies que celles d'efficacité » (Girard, 2014 : 5). Cependant, l'évaluation de la protection immunitaire (*efficacité*) pour ce vaccin se fait sur une durée moyenne de 17 mois. Il existe des études de post-commercialisation pour observer l'innocuité (programme de pharmacovigilance) basées entre autres sur le signalement des MAPI. Or, puisque ce dernier est déficient, comment peut-on penser que les vaccins ne peuvent exercer des effets indésirables au long cours davantage que ce qui est révélé officiellement, comme s'en inquiètent plusieurs PDLS interrogées ?

Le discours vaccinal officiel offre des arguments sur le progrès de la science, sur la promesse d'éradication des MI (et autres affections) et sur la peur de leur retour malgré le fait que les éclosions se font souvent dans les populations hautement vaccinées. Mais cette rhétorique ne rassure pas les PDLS qui s'inquiètent. Comme le montrent nos résultats, plusieurs participantes soulignent le manque de connaissances sur les vaccins et les données incomplètes qui provoquent de nombreuses questions, une inquiétude largement partagée dans les écrits :

- que savons-nous des effets au long cours ?;
- quels sont les effets de tant de vaccins ? Qu'avons-nous comme recul sur les effets des nouveaux vaccins ADN (vaccin hépatite B, VPH) ?;

⁹⁷ Rappelons qu'il existe une « surveillance active » des manifestations cliniques postvaccinales par les fabricants lors des essais cliniques effectuée jusqu'à 42 jours après la vaccination. Et une « surveillance passive » de quelques mois qui dépend des rapports de MAPI (signalements).

- que savons-nous du lien entre la suppression des MI et l'augmentation des maladies chroniques et autoimmunes dans la population ? Et sur les effets des adjuvants comme il est largement signalé dans les écrits ?;
- que savons-nous sur les raisons d'éclosions chez des populations hautement vaccinées ?;
- que penser du phénomène de transmission par le délestage d'infection par un vaccin dans l'environnement (*shedding*) ?;
- que savons-nous des omissions d'informations (données cachées ou incomplètes) de l'industrie et des agences gouvernementales ?;
- quelle pourrait être la contribution des PDLS à la vaccinovigilance ?

Toutes ces questions montrent bien l'étendue et la profondeur des inquiétudes des PDLS de notre étude, au sujet de la science 'non faite' sur les vaccins (*undone science*) (Frickel *et al.*, 2010; Gross, 2007) qui contribue au contenu de leur critique. Nous sommes en droit de nous demander aujourd'hui, comme le font certains-nes auteurs-res (Autrive *et al.*, 2003; Berthoud *et al.*, 2007; Classen, 2014; Girard, 2014; Georget, 2014; Bushwald, 1995; Humphries et Bystrianyk 2013; Moulin, 2004), s'il y avait moins de vaccins, y aurait-il plus de MI, qu'en serait-il du problème dans les pays industrialisés, ou encore est-ce que la balance risques/bénéfices face aux maladies chroniques qui sont en hausse, pourrait changer : c'est-à-dire, si « *toujours plus* » de vaccins est toujours mieux.

5.2.3 Croyance ou connaissance : mécanismes de dénigrement des savoirs interdits

Nos résultats indiquent qu'en plus des omissions de certains faits de l'histoire sur les MI et du manque de connaissances sur la science du vaccin, un autre type d'ignorance favorise cette hégémonie du vaccin : il s'agit de mécanismes de dénigrement des savoirs interdits.

Les récents travaux sur l'ignorance (Code, 2007; Perron et Rudge, 2016; Proctor et Schiebinger, 2008; Townley, 2011; Tuana, 2006) nous permettent d'envisager les diverses formes de savoir et de comprendre les pratiques complexes de production et d'exclusion de connaissances. Ceci sert à révéler les multiples dimensions du pouvoir à l'œuvre et à examiner les savoirs dénigrés de PDLS ayant un discours hétérodoxe sur la vaccination, des savoirs considérés comme inadmissibles dans un contexte d'hégémonie du vaccin. Comment retrouver ces savoirs supprimés et leur redonner une place au sein des connaissances nécessaires à la science du vaccin ? Dans cette visée, nous pouvons nous demander, à l'instar de Murray et ses collaborateurs-trices (2008 : 272), « quelles sont les conditions sociales et politiques actuelles dans lesquelles les connaissances scientifiques semblent être 'vraies' » ou peuvent être reconnues ?

Ainsi, comme nous l'avons souligné, les études de la SP qui s'intéressent à la vaccination et au phénomène de l'hésitation des PDLS qualifient souvent le savoir de ces derniers-ères comme étant des « fausses croyances » (Boulianne *et al.*, 2005; Dionne *et al.*, 2001; Dubé *et al.*, 2013; Petit *et al.*, 2007). Ce qui ramène leur savoir (acquis par l'étude, la recherche et/ou l'expérience) au niveau d'une simple opinion. L'utilisation du mot « croyance » est délibérée et suggère que ce que l'on croit est possiblement de l'ordre de la doctrine, de la religion, de l'idéologie politique ou du monde occulte des « sorcières », ce qui n'est pas sans rappeler tout un pan de l'histoire des femmes impliquées dans les soins de santé (Ehrenreich et English, 1983). Ceci met en lumière les rapports de genre qui sous-tendent les différentes stratégies normatives entourant la vaccination. Nous pensons que le fait même de nommer de cette façon leur savoir les disqualifie comme expertes : les PDLS au discours hétérodoxe sur la vaccination sont ainsi désignées par le point de vue extérieur de celui qui n'y « croit pas », qui est au-dessus des croyances et dont le savoir est légitimé. Par conséquent, le savoir de ces PDLS est délégitimé et ramené au

rang d'une « croyance » qui ne fait pas le poids comparée aux connaissances scientifiques admises.

À la lumière des études consultées et de nos résultats, il semble que les fondements des discours critiques des PDLS reposeraient non pas sur des « croyances » mais sur les connaissances acquises par l'étude ou empiriquement, ainsi que sur les interactions sociales et l'analyse réflexive. Selon Blume (2006), la dimension réflexive très présente au sein de groupes d'activistes en santé, comme ceux sur le HIV/SIDA, le cancer du sein ou la génétique, nous permet d'apprécier l'importance de la multiplicité des savoirs comme fondement des politiques contemporaines de santé⁹⁸. Ces groupes ont démontré qu'à travers différentes façons de construire leur crédibilité, ils ont pu devenir de véritables participants dans la construction de la connaissance scientifique (Blume, 2006). En plus d'apporter des changements à la fois dans les pratiques de la recherche biomédicale et dans les techniques thérapeutiques de soins de santé (Epstein, 1995).

Nous considérons que de dénigrer les savoirs de PDLS réticentes supprime l'action et le changement mus par la connaissance. On délégitime ou on tait les savoirs interdits au sujet de la vaccination, ces connaissances jugées trop dangereuses pour être produites ou diffusées, par divers moyens comme ceux dévoilés ici. On peut le comprendre en examinant les domaines de recherche sur la vaccination qui sont laissés incomplets ou qui sont ignorés, des domaines sur lesquels s'interrogent les PDLS de notre étude tels que les effets à long terme, les maladies autoimmunes, le sous-siglement, la multiplication vaccinale, les nouveaux vaccins et la santé des non-vaccinés. Toutefois, il existe aussi des mesures de contrôle sur ce qui ne devrait pas être connu, des mesures soutenues par des processus sociaux assimilés aux pratiques (Gross, 2007; Kempner *et al.*, 2011). Si les savoirs interdits posent un

⁹⁸ Par exemple, Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), Our bodies, Ourselves, Action pour la protection de la santé des femmes (APSF).

risque pour l'ordre social, ils représentent aussi un risque personnel pour celle qui les exprime. La parole d'une PDLS critique de la vaccination et parfois « porteuse d'un discours scientifique dissident peut être encore disqualifiée par l'accusation de sectarisme (...) En adoptant depuis l'origine les formes du discours scientifique, leur parole entre dans un espace discursif concurrentiel de celles visant à promouvoir la vaccination » (Bertrand et Torny, 2004 : 86). Les menaces perçues ou le dénigrement vécu par les PDLS peuvent être des moyens de dissuasion efficaces. Cependant, les mesures de contrôle vécues par les PDLS peuvent aussi être saisies à l'aide de la notion de « doxa » [ensemble d'opinions, préjugés, présuppositions] (Haicault, 1993). Si leur discours critique menace la légitimité de celui qui est dominant, il semble, si on considère les études du groupe OMS-SAGE (2014) sur l'hésitation face aux vaccins et sur les stratégies pour la contrer, que « la doxa redouble alors, et sans masque, y compris dans le discours savant » (*Idid* : 14).

La domination biomédicale s'incarne, nous l'avons souligné déjà, dans celui ou celle qui est considéré comme l'expert-te. Ces experts-tes sont des éléments essentiels de cette société de la connaissance et leur statut ne peut être dissocié de la légitimité dont ils-elles bénéficient. Mais ce statut est remis en cause lorsqu'un savoir expert questionne le discours orthodoxe en santé. Par exemple, bien que les sages-femmes aient obtenu une reconnaissance légale, il semble que leur expertise en périnatalité soit encore mise à mal. Le savoir hétérodoxe de ce groupe de PDLS représente tout un défi épistémologique pour la MC, il « *dérange* » par sa vision subjective et souvent très cohérente avec celle des femmes qui les consultent. La même chose se retrouve lorsqu'on parle de vaccination. Certaines sages-femmes vivent la pression de devoir diriger le plus tôt possible les parents vers la vaccination des nouveaux-nés, malgré leur engagement envers les parents pour une démarche libre et éclairée. Si les infirmières se voient jugées à cause de leurs « croyances » face à la vaccination, au Québec, les médecins dissidents-tes qui adoptent une MNC, et les homéopathes se voient contraints-tes d'agir dans la marginalité, voire dans l'illégalité. Pour préserver

l'hégémonie du vaccin, les tenants du discours orthodoxe devront exercer une pression soit pour convaincre ou faire taire les individus au discours hétérodoxe. Quels sont les mécanismes mis en place ?

5.3 Une domination médicale et pharmaceutique

L'analyse des témoignages des participantes de notre étude a dévoilé diverses stratégies qui mettent en lumière cette influence de l'industrie sur les politiques et pratiques vaccinales instituées par des mécanismes de gouvernance et menées par le monde médical. Ces stratégies comprennent, entre autres, une obligation de faire la promotion des vaccins, l'impossibilité de plus en plus répandue de séparer les vaccins combinés, la présence évidente de l'industrie dans les congrès médicaux et les publicités qui se multiplient autant à l'écran qu'à domicile. La publicité directe aux consommateurs-trices sur les médicaments d'ordonnance est interdite au Canada. Les fabricants ne peuvent pas annoncer des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance directement au public⁹⁹. Mais ce n'est pas le cas des vaccins. D'une part, « les campagnes de vaccinations telles que les messages de santé publique ne faisant pas la promotion d'un produit spécifique ne seront pas considérées de nature promotionnelle » (Santé Canada, 2009 : 1). D'autre part, la publicité directe auprès des consommateurs-trices concernant les vaccins est tout à fait permise et règlementée (*Ibid*).

Depuis les dernières années, de nombreux-ses chercheurs-res ont soulevé des questions quant à la possibilité de biais lorsque les recommandations de traitement sont mises au point par des chercheurs financés par l'industrie (Cosgrove *et al.*, 2014;

⁹⁹ Les États-Unis et la Nouvelle-Zélande sont les seuls pays qui permettent ce type d'activité. La plupart des autres pays ne le permettent pas du tout. Des groupes de l'industrie et le lobby pharmaceutique ont tenté en vain de renverser ces interdictions au Canada et dans d'autres régions comme dans l'Union européenne. En dépit de son illégalité, l'exposition aux annonces transfrontalières et, de plus en plus, « made in Canada », est très répandue (Lee Vantola, 2011; Mintzes, 2009, 2010).

Shnier *et al.*, 2016). Cette situation a été signalée au Québec en 2011 pour le vaccin anti-VPH. En effet, des médecins-chercheurs-res du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) qui ont amené le gouvernement à instaurer un programme national de vaccination contre le VPH ont été financés par l'industrie (bourses de recherche, remboursements de frais de voyage, frais de consultant-te, honoraires de conférencier-ère) et c'est le cas pour le médecin-conseil faisant la promotion de ce vaccin pour le ministère de la Santé et le médecin responsable des publications sur les lignes directives cliniques à donner aux médecins du Québec (Lacoursière et Noël, 2011). Lessig (2013 : 553-554) a tenté de définir la corruption institutionnelle en avançant qu'elle « est manifeste quand il y a une influence systémique et stratégique qui est légale, ou même actuellement éthique, qui porte atteinte à l'efficacité de l'institution en la détournant de son but ».

L'analyse de nos données fait ressortir de cet univers, où la primauté donnée à un savoir unique participe à l'hégémonie du vaccin, le fait qu'une partie de l'expertise des PDLS est délégitimée et dominée par de puissantes forces. Certaines participantes ont révélé la présence de ce que nous appelons une iatrocration comprenant une hiérarchie des professions, des mécanismes de surveillance et par le contrôle des connaissances par l'industrie et le règne de l'*EBM*.

5.3.1 Iatrocration, surveillance et hiérarchie (sexuée) des professions

Les PDLS interrogées ont souligné la présence de mesures répressives instaurées par l'État et les directions de SP à travers les organisations professionnelles pour assurer l'observance vaccinale, incluant des mécanismes de sanctions qui mènent à une peur de l'autorité. Ces sanctions vont de la perte d'emploi à la stigmatisation à la perte de salaire. Leur spectre se traduit même par la difficulté à recruter des participantes pour notre recherche. Les pressions ressenties passent également par l'obligation de faire la promotion des vaccins, de participer aux demandes de performance de vaccination

et, comme nous l'avons démontré, par le dénigrement d'autres savoirs en santé. Les différents témoignages font état de la présence d'une structure hiérarchisée qui assure l'observance à la vaccination par la sanction des déviantes et qui ne laisse pas de place au questionnement. Bien que certains-mes médecins aient aussi des hésitations face à la vaccination, il demeure que la profession médicale est celle qui a le plus de pouvoir d'intervention face aux prescriptions et aux pratiques vaccinales. On peut se demander s'ils-elles pourraient donc avoir une certaine influence sur les moyens de modifier ces pratiques.

Pourtant des études montrent l'importance d'une collaboration interprofessionnelle efficace pour des systèmes de santé qui répondent aux besoins de la population (Brault *et al.*, 2014). Mais « il demeure clair que la structure hiérarchisée du système de soins de santé québécois permet toujours aux médecins d'exercer un immense pouvoir sur les décisions et dans les organisations » (Hudon *et al.*, 2009 : 276). Une des critiques soulevée par une PDLIS de notre étude est justement l'absence d'interdisciplinarité et de collaboration avec le médecin et les directions régionales de SP. Cela confirme qu'il est difficile d'arriver à une reconnaissance professionnelle en étant subordonnée, minorisée ou située dans la marginalité. Selon Contandriopoulos (1994 : 11), « le triomphe de la médecine scientifique a comme corollaire la domination de la logique professionnelle dans la régulation du système de santé ».

Le phénomène de la hiérarchie des professions nous fait voir, par exemple, dans quelle mesure les infirmières et les sages-femmes doivent adopter le langage et les normes de la pensée dominante pour arriver à s'intégrer dans le milieu de la santé. C'est une façon de coloniser (Grosfoguel, 2010) les PDLIS réticentes, à travers la reproduction de la dynamique des rapports sociaux de sexe et de la division sexuelle du travail (Galerand et Kergoat, 2014). C'est ce que Haicault (1993 : 17) appelle la « doxa de sexe », un « système complexe de signes et de significations usant de tous les signifiants historiquement et socialement disponibles et faisant sens à tout

moment, en tout lieu, pour orienter et légitimer les croyances, les représentations sur les différences sociales : économiques, politiques et symboliques entre les sexes ». Cette division sexuelle du travail que nous observons dans le domaine de la santé¹⁰⁰ permet non seulement d'installer une relation de pouvoir et un contrôle des connaissances mais aussi une domination. « La domination est verticale, rigide, hiérarchique, à sens unique, une force externe qui se manifeste et s'impose par la répression ou le contrôle » (Blais, 2006 : 159). Pour les homéopathes, ce contrôle se traduit par le refus de réglementer leur pratique, les gardant comme groupe minorisé dans l'illégitimité et discréditant leur savoir.

Cette omnipotence médicale permet d'avoir une influence considérable sur les politiques officielles. Empruntant les théories de Friedson en sociologie des professions, nous pouvons avancer que la domination professionnelle a comme conséquences la suppression des groupes concurrents, la subordination des autres professions de la santé, l'escalade des coûts mais aussi la possibilité, comme tout monopole, d'exploitation de certains individus (Light, 2007). Or, grâce à l'hégémonie biomédicale assurée par la Loi médicale québécoise, « tous ceux et celles qui sont des professionnels de la santé autres que des médecins [sont sujets à la pleine rigueur de la Loi médicale et de ce Code], dès qu'ils exercent des disciplines ou utilisent des techniques qui ne sont pas expressément incluses dans la description des actes qu'ils ou elles sont autorisés à poser par la loi régissant leur profession. Et enfin, tous les médecins qui se risquent à utiliser des techniques ou des approches non 'scientifiquement reconnues' s'exposent à des sanctions disciplinaires sévères en vertu de leur Code de déontologie » (Martel, 1990 : 101).

Depuis qu'elles ont obtenu un Ordre professionnel en 1999, après des décennies de lutte, les sages-femmes se battent encore pour obtenir leur place dans les hôpitaux. En

¹⁰⁰ On peut se référer à la littérature sur le « care » mais ceci n'est pas le centre de notre propos (Bourgault et Perrault, 2015; Nurock, 2010).

2013, 12 % des femmes désiraient accoucher avec une sage-femme mais seulement 3,5 % des femmes enceintes étaient suivies par l'une des 168 sages-femmes du Québec et 2 % des naissances avaient lieu avec une sage-femme (Côté, 2013; Sauvageau, 2014).

Au printemps 2016, le ministre de la santé du Québec a fermé la porte à la possibilité d'avoir des cliniques sans médecin où pratiqueraient des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), entre autres parce que cette initiative menace les GMF (Daoust-Boisvert, 2016). Pourtant, la clinique sans médecin était « une initiative prévoyant une étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé permettant un meilleur accès à des soins médicaux » (Gouvernement du Québec, 2016). Les IPS sont peu nombreuses au Québec (284 en 2014) par rapport à nos voisins ontariens (2000 en 2014). « La question du pouvoir médical, aussi délicate soit-elle, est d'autant plus importante que la négociation des frontières entre la profession infirmière et la profession médicale se présente comme un incontournable pour maximiser le plein potentiel de ces rôles et atteindre les objectifs poursuivis en termes d'accessibilité, de globalité et de qualité des services » (D'Amour *et al.*, 2009 : 301). La présence d'une hiérarchie des professions et de la division sexuelle du travail rend impossible la réponse à ces objectifs.

Malgré la présence de cette discipline comme soin de santé dans de nombreux pays et dans le paysage québécois depuis le XIX^{ème} siècle, certains médecins n'arrivent pas à défendre ouvertement l'homéopathie dans leur pratique et les homéopathes québécois professionnels-elles n'ont pas encore de statut légal. Leurs homologues ontariens l'ont obtenu en 2007. Le cadre juridique qui maintient l'hégémonie biomédicale assurée par la Loi médicale québécoise, « n'est donc nullement favorable à l'éclosion des [MNC] au Québec » (Martel, 1990 : 101). Comme les sages-femmes, les homéopathes sont associés-ées presque systématiquement à une voix antivaccinaliste, ce qui stigmatise davantage leur profession. Pourtant, le fait de souhaiter revoir les

pratiques vaccinales, le nombre et le type de vaccins donnés, les conjugaisons vaccinales ou encore posséder un outil thérapeutique efficace contre les MI comme les nosodes ne veut pas dire être contre la vaccination.

Notre recension sur l'hésitation à la vaccination a souligné le biais genré des études qui visent en grande partie les professions pratiquées majoritairement par les femmes (infirmières, sages-femmes et celles pratiquant une MNC particulièrement l'homéopathie). On peut se demander si cette division sexuelle du travail et les rapports sociaux de sexe (Galerand et Kergoat, 2014) ainsi engendrés, participent au dénigrement des discours hétérodoxes sur la vaccination et à la négation de l'expertise des PDLS qui les portent. Comme le souligne Tuana (2006 : 14), ce n'est donc pas seulement des pratiques qui ne sont pas reconnues, mais bien « certains individus ou groupes jugés comme 'non connaisseurs' et indignes de confiance quant à certains aspects de leurs connaissances et de leurs pratiques ».

Les PDLS interrogées nous révèlent des mécanismes mis en place qui contribuent à l'organisation de connaissances particulières en un tout cohérent pour l'application des programmes de promotion de la vaccination et qui assurent, selon nous, une hégémonie du vaccin sans possibilité de remise en question. La divulgation de ces mécanismes de surveillance, de sanctions, d'obligation à la promotion du vaccin et de dénigrement de leurs savoirs tels que retrouvés dans les critiques des PDLS interviewées, nous permet de mieux comprendre le contenu de leur critiques sur la vaccination mais aussi de mettre de l'avant la question de la production et du contrôle des connaissances sur les vaccins.

5.3.2 Le contrôle des connaissances, l'industrie et l'EBM

La production des connaissances en santé repose sur l'autorité scientifique, qui s'est étendue davantage pendant les années 1990 avec la venue de l'*EBM* à laquelle s'en

remet la santé publique (Dufresne, 2009). L'*EBM* « repose de façon réductrice sur les données quantitatives des ECR. Elle sous-estime d'autres formes de connaissances, y compris l'expérience des cliniciens-nes et le témoignage des patients-tes. L'*EBM* évacue aussi les responsabilités sociales et éthiques qui doivent distinguer les professions de soins de santé » (Murray *et al.*, 2008 : 275 *tr lib*). Certaines sages-femmes constatent que, malgré les décennies de preuves empiriques sur l'apport de leur travail, leur profession est encore remise en doute par un très grand nombre de médecins avec lesquels elles travaillent. Le même phénomène est constaté et vécu par les infirmières (Perron et Rudge, 2016) et les homéopathes : une partie de leur savoir est dénigré malgré l'accumulation de données empiriques, pourtant des éléments promus par la démarche scientifique. C'est effectivement à partir du cadre normatif qu'est l'*EBM* que sont discrédités-ées ceux et celles qui osent critiquer la science du vaccin ou de son emploi.

Un exemple des effets du règne de l'*EBM* et de l'iatrocratie dans notre système de soin est justement le déni des rapports de cas d'effets secondaires, comme l'ont souligné certaines participantes de notre étude. C'est le cas, entre autres, pour les suites du vaccin anti-VPH. Malgré le nombre de rapports enregistrés¹⁰¹, c'est-à-dire des jeunes filles qui ont développé une maladie chronique peu après avoir reçu le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), « les experts soulignent que toutes ces publications sont des rapports de cas avec aucun des sujets témoins et ne peuvent pas déterminer la causalité » (Chustecka, 2015). Pourtant, il est un des vaccins dont l'innocuité est largement remise en cause (Biron, 2015; Brinth *et al.*, 2015; Colafrancesco *et al.*, 2013; Riva et Spinosa, 2010; Tomljenovic et Shaw, 2012), même publiquement, et a fait l'objet de demandes de moratoire dans plusieurs pays dont le Canada (Rail *et al.*, 2015). À la lumière de la recension des milliers de cas de

¹⁰¹ On note près de 72 000 signalements officiels documentés d'effets indésirables suite au vaccin Gardasil juste en Europe (vigiaccess.org). Et une étude canadienne sur les victimes de ce vaccin est en cours (Rail *et al.*, 2015b).

MAPI avec ce vaccin, on peut se demander si en mettant toujours de l'avant sa politique vaccinale et en refusant un moratoire, le gouvernement ne répond pas plutôt à un lobby médical et pharmaceutique très influent et ne déroge pas au principe de précaution.

Le pouvoir de la vaccinologie comme symbole de la puissance industrielle (Blume et Geesink, 2000) étouffe la participation des PDLS aux connaissances sur les vaccins et exclut des recherches faisant obstacle aux intérêts de cette industrie. Une participante soulève la question de la légitimation du pouvoir de l'industrie prenant comme exemple la concentration du type de recherches effectuées et de fonds attribués aux chercheurs dans des domaines ciblés qui rapportent.

On allègue souvent la perte de confiance du public dans les institutions comme une des raisons de l'hésitation à la vaccination (Cooper *et al.*, 2008; SAGE). Selon Cosgrove et ses collaborateurs-trices (2016 : 257), les relations entre le milieu universitaire et médical, la publication d'études et l'industrie peuvent faciliter le biais commercial dans la façon dont l'efficacité des médicaments et des données sur l'innocuité sont obtenues, interprétées et présentées aux organismes de réglementation et aux prescripteurs. Selon ces auteurs-res, « les pratiques actuellement acceptées sapent les mesures de protection des réglementations visant à protéger le public contre les médicaments dangereux ou inefficaces... Les économies d'influence peuvent intentionnellement ou non produire des preuves biaisées plutôt qu'une médecine fondée sur des preuves (*EBM*) » (*Ibidem* : 257 et 273). Shnier et ses collègues (2016) signalent que les lignes directrices de pratique clinique au Canada sont largement distribuées par les associations médicales et invoquées par les médecins comme étant les meilleures données cliniques disponibles. Or, leur étude confirme que les conflits d'intérêts financiers avec des sociétés pharmaceutiques sont fréquents parmi les auteurs-res des lignes directrices des associations médicales canadiennes et peuvent influencer les recommandations d'un médicament.

De leur côté, Stamatakis *et al.* (2013) ont démontré les voies utilisées par l'industrie pour influencer la pratique médicale et les soins de santé. Comme le soutiennent ces auteurs, pour servir ses intérêts, l'industrie finance les fonds de recherche, influence la production de base de données probantes, la synthèse des éléments de preuve, la compréhension des questions relatives aux dommages, l'évaluation coût-efficacité, la génération des lignes directrices de pratique clinique et, à la lumière des témoignages de PDLS interrogées pour notre recherche, l'industrie finance et influence aussi l'éducation de ces derniers-ères. Elle exerce donc une influence directe sur la production des connaissances sur les vaccins, sur les décisions professionnelles et sur la population.

Il existe également un nombre croissant de partenariats entre les philanthropes¹⁰² (Fondation Bill et Melinda Gates, par exemple) et l'industrie du vaccin, de connivence avec les gouvernements. Comme le souligne Moulin (2004 : 227), « l'éradication des maladies plaisait également aux bailleurs de fonds et aux hommes politiques soucieux de la visibilité de leurs actions ». Fait parlant, une étude de Graham (2016) souligne l'existence d'un programme en 2000 lancé au Burkina Faso qui impliquait le vaccin MenA (une forme de méningite) financé par GAVI¹⁰³, un vaccin qui n'était plus nécessaire. Cette auteure soulève la question de la pertinence de l'investissement de fonds dédiés à la vaccination dans un contexte où la priorité serait plutôt de développer une infrastructure pour soutenir des soins de santé primaires adéquats. Ce souci de justice sociale et des besoins des plus pauvres est décrit à plus petite échelle par une médecin de notre étude sensible à la réalité des familles moins nanties auprès desquelles elle doit promouvoir certains vaccins non couverts par la RAMQ comme récemment le Bexsero (vaccin contre le méningocoque B qui ne fait pas partie du calendrier vaccinal officiel).

¹⁰² Il faut noter l'existence de critiques au sujet de la dépendance de l'OMS sur les donateurs privés comme le couple Gates (JeanBlanc, 2017).

¹⁰³ GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) a été établi par la Fondation Gates en 2000 pour négocier des partenariats public-privé intégrés au financement des vaccins dans les pays pauvres.

Selon nous, la présence de cette iatrocration représentée entre autres à travers la hiérarchie des professions de la santé, le contrôle des connaissances par l'industrie, la philanthropie vaccinale et le règne de l'*EBM* produit un savoir unique qui a engendré l'hégémonie du vaccin. Ce système, qui donne un statut d'autorité au savoir dominant sur la vaccination, a pour conséquence d'engloutir l'expertise et le savoir hétérodoxes révélés par les PDLS. En effet, « aussi longtemps que l'industrie pharmaceutique contrôle la production des connaissances, l'intérêt de l'industrie aura une influence sur la connaissance qui est produite (...) Et même en repensant radicalement la relation entre la recherche et l'industrie, on ne pourra pas éliminer les distorsions présentes dans les écrits scientifiques et causées par l'industrie pharmaceutique » (Resnik et Elliott, 2013 *tr lib*). Ces mécanismes bien implantés ressemblent à des outils de propagande pour convaincre du projet politique d'éradication des MI.

Dans un tel contexte, on pourrait parler d'épistémicide¹⁰⁴, *c.à.d* « l'extermination de certaines connaissances et de certains moyens de savoir » (Castro-Gomez, 2000 dans Gourgues, 2014) où est exclue du savoir dominant toute rationalité qui ne lui convient pas. Ce qui contribue au processus de construction et d'entretien de la frontière entre science et non-science et fait en sorte que de nombreux savoirs ne sont pas mis à contribution pour le bien commun. Mais puisque certains savoirs et certaines pratiques hétérodoxes persistent, même marginalement ou illicitement, comme le soulignent les participantes de notre étude, nous parlerons plutôt d'injustice épistémique dont nous exposerons maintenant les éléments.

¹⁰⁴ Épistémicide vient du grec *epistème* qui veut dire sciences et *icide* signifie mort en latin.

5.4 Une injustice épistémique qui endigue des connaissances

Je suppose que dans toute société la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité. Dans une société comme la nôtre, on connaît, bien sûr, les procédures d'exclusion. La plus évidente, la plus familière aussi, c'est l'interdit. On sait bien qu'on n'a pas le droit de tout dire, qu'on ne peut pas parler de tout dans n'importe quelle circonstance, que n'importe qui, enfin, ne peut pas parler de n'importe quoi. Tabou de l'objet, rituel de la circonstance, droit privilégié ou exclusif du sujet qui parle : on a là le jeu de trois types d'interdits qui se croisent, se renforcent ou se compensent, formant une grille complexe qui ne cesse de se modifier. (Foucault, 1971: p.10-11)

Nous constatons d'importantes divergences entre le discours des PDLS interviewées et le discours officiel autour de la vaccination. En fait, elles illustrent tout le débat sur le sujet. Les PDLS de notre étude s'inquiètent des injections multiples, des effets secondaires dont elles ont été témoin, tout comme des effets au long cours, de l'absence de contrôle et du manque de transparence sur les MAPI, des maladies chroniques, des conflits d'intérêts, de l'inattention aux besoins de la population sur le sujet, et aussi certaines PDLS approuvent des alternatives aux vaccins. Le discours officiel autour de la vaccination affirme plutôt que les bénéfices sont supérieurs aux inconvénients, qu'émettre des doutes apportera une catastrophe épidémique, que les cas d'effets secondaires sont très rares, qu'il n'y a pas de danger à multiplier ainsi les vaccins, et qu'il n'y a pas d'alternative à la vaccination.

Pour les autorités de la SP, l'industrie et le milieu de la recherche orthodoxe, la question de la vaccination semble réglée : il n'y a pas signe de remise en question de cette intervention préventive, la « bonne science » faisant autorité et, qui plus est, tous les efforts sont en route pour convertir les PDLS hésitants-tes. Cet état de fait nous laisse penser que le débat ne peut pas avancer, la science du vaccin non plus, si ce n'est pour rajouter d'autres vaccins au calendrier en accord avec le projet politique

d'éradication des MI. La peur fabriquée (*fear mongering*) (Vance, 2011) d'un possible retour aux épidémies de jadis, une certitude des promoteurs de la vaccination et de l'industrie, est sans cesse ramenée à l'ordre du jour même si nous ne pouvons prouver que la diminution des MI est principalement due à la vaccination de masse, comme le soulignent certaines participantes. Par ailleurs, nous ne savons pas non plus si la multiplication des vaccins est liée à l'augmentation de maladies chroniques et autoimmunes. La force du discours officiel sur la vaccination semble brouiller toute démarche critique scientifique et toute avancée du débat sur les pratiques vaccinales.

Les PDLS de notre étude, critiques et inquiètes des pratiques actuelles, ont démontré qu'il existe un réel manque de connaissance et des zones d'ombre au sujet des données sur l'histoire des épidémies, sur le sous-signallement des effets indésirables et à propos des effets au long cours des vaccins. Elles ont aussi mis en évidence que des savoirs hétérodoxes sont dénigrés ou endigués par un système complexe regroupant l'industrie, la médecine, le paradigme de l'*EBM*, l'État et la politique des professions (monopole et corporatisme). Nous ne supposons nullement qu'il s'agisse de mauvaises intentions, mais d'un environnement lié à certains intérêts, à certains enjeux de pouvoir, à des questions de genre et à des formes d'ignorance avérées, de connaissances niées, « *des connaissances utiles qui dérangent* », qui ne sont pas mises à profit pour la santé des populations.

« Dans la mesure où les connaissances médicales sont très largement conjoncturelles, hypothétiques, socialement et culturellement déterminées » (Contandriopoulos, 1994 : 22) (inspirées entre autres par le modèle de Flexner en 1910), et malgré le caractère démocratique et pluraliste de notre société, le débat sur la vaccination se résume à une lutte de savoirs sur la certitude du bien-fondé de ceux-celles qui détiennent le monopole du système de soins, de cette pensée unique, partielle et impérieuse sur d'autres formes de connaissance. Nous sommes devant ce que Fricker (2007) appelle une « injustice épistémique », à la fois testimoniale et herméneutique

dans le champ de la santé, qui a commencé au XIX^{ème}, au moment où la médecine est devenue un secteur d'activités où l'autonomie des membres a été juridiquement reconnue (Contandriopoulos, 1994; Coulter, 1999; Fournier *et al.*, 2002; Fournier, 2012; Séguin, 1998). Ce phénomène, représenté dans notre étude par la lutte contre l'hésitation vaccinale, peut se généraliser au système biomédical et s'accroître depuis les luttes politiques que les médecins ont menées dans l'évolution du contrôle de la pratique médicale au Québec pour exclure toute concurrence (Contandriopoulos, 2003; Martel, 1990; Vadeboncoeur *et al.*, 1996) et plus récemment depuis l'ère du monopole de l'*EBM*. Contrairement à ce qu'on peut observer ailleurs dans le monde, une étude a montré que, dans le domaine médical québécois depuis 20 ans, « l'esprit critique à l'égard du médecin et de la médicalisation a régressé » (Dufresne, 2009 : 28).

Nous observons deux types de dispositifs d'endiguement des connaissances hétérodoxes révélés par les PDLs de notre étude qui retiennent notre attention : d'abord la négation d'un statut épistémique adéquat de leurs savoirs hétérodoxes (injustice épistémique testimoniale); ensuite la négation de leur expertise par l'assujettissement de leur expérience et de leur participation (inégal) aux pratiques qui génèrent le sens social, c'est-à-dire leur pratique professionnelle (injustice épistémique herméneutique).

5.4.1 Nier le statut épistémique des savoirs interdits

Le phénomène des savoirs hétérodoxes qu'on interdit au sujet de la vaccination, des différentes critiques à son sujet, mais aussi à propos de traitements avec d'autres outils thérapeutiques marginalisés ou minorisés, n'est pas une notion nouvelle. Cette production d'ignorance sur ce que l'on ne sait pas, qui refuse d'être connu ou sur ce que nous ne devrions pas savoir parce que menaçant pour l'hégémonie du vaccin,

résulte en des domaines de recherche qui demeurent vacants ou tabous. La notion de savoirs interdits sert à comprendre la dynamique de la censure intellectuelle et des décisions politiques et industrielles qui permettent d'éviter certaines zones de la recherche. Le concept de « science non faite » ou science incomplète (*undone science*) (Frickel *et al.*, 2010) se réfère à des domaines (ou des méthodes) de recherche qui ne sont pas subventionnés, incomplets, ou généralement ignorés, des domaines où le financement n'est pas fourni pour recueillir des preuves cruciales et pertinentes afin d'améliorer nos connaissances en santé, mais qui seraient dignes de plus de recherche. Par exemple, la vaccination universelle a été adoptée pour de nombreuses maladies au Canada, même si le modèle d'exposition pour les produits chimiques dans les vaccins pour différents individus n'a pas été délimité et que les effets des faibles doses de toxines en combinaison avec d'autres produits n'ont pas été déterminés chez l'humain (Agence de la santé publique du Canada, 2007¹⁰⁵; Burton, 2003¹⁰⁶).

Un autre exemple de science incomplète a lieu lorsqu'un préjugé conditionne un objectif de recherche. En 2016, un chercheur de l'Université de McMaster en Ontario (Brown, 2016; Weeks, 2016b) a débuté un essai clinique randomisé pour comparer la réponse immunologique des nosodes homéopathiques à celle d'un placebo ou d'un vaccin conventionnel. Son hypothèse est que les nosodes n'auront pas un impact important sur le système immunitaire et qu'il n'y aura aucune différence entre ceux-ci et le placebo. Il tente ainsi de prouver qu'ils ne provoquent pas de réponse immunitaire et par conséquent ne protègent pas de la maladie. L'utilisation du

¹⁰⁵ « Little is actually known about ethylmercury metabolism in humans, including whether it has the same potency as a neurotoxin, whether the blood concentration is ever significant and even whether it crosses the blood-brain barrier » (Agence de la santé publique du Canada, 2007 : 2).

¹⁰⁶ « *Research on the effects of thimerosal has been too limited to draw conclusions.* To date, very little epidemiological or clinical research has been done on the neurological effects of thimerosal, and particularly its ethylmercury component. As the IOM noted in its report on thimerosal, "the data regarding toxicity of low doses of thimerosal and ethylmercury are very limited," and most of the conclusions that have been drawn about ethylmercury are based on analogies to methylmercury, which has been more widely studied » (Burton, 2003 : E1023).

mauvais paradigme de recherche¹⁰⁷ - ici celui du mécanisme-réductionniste (Lagache, 1997, 1997b; Taillefer, 2009) - pour aborder un sujet comme les nosodes, sans tenir compte des principes de l'homéopathie ni des données empiriques accumulées et recueillies (Fournier, 2016)¹⁰⁸, constitue une forme d'injustice épistémique.

Le concept de « savoirs interdits » (Kempner *et al.*, 2005, 2011) est aussi dangereux pour la liberté de pensée, pour la recherche, de même que pour la connaissance où la pression exercée par les sources de financement, publiques et privées, oriente ou supprime des résultats scientifiques critiques et ainsi contrôle la production et la nature des connaissances. Par exemple, une étudiante au doctorat à l'université de Wollongong en Australie a entrepris une thèse sur l'analyse critique des politiques vaccinales du gouvernement australien¹⁰⁹. Les médias ont dénoncé cette situation présumant d'emblée qu'il y avait quelque chose d'inapproprié dans la candidature de cette chercheuse et ont vilipendé son directeur de thèse (Martin, 2014). Les travaux de scientifiques comme ceux de Classen (2014), décrit comme antivaccinaliste (Jefferson, 1999), sur un lien possible entre le diabète et les vaccinations et ceux de Shoenfeld, Tomljenovic ou Shaw¹¹⁰ sur les apparents effets nocifs des adjuvants et le lien possible avec l'autisme sont considérés comme « irresponsables » (Weeks, 2015) par les autorités, le système d'expertise officiel et la majorité des médias, car ils jettent un doute sur l'innocuité du vaccin dans un contexte où toute critique est perçue

¹⁰⁷ L'OMS notait en 2002 dans un document sur les MNC qu'une des priorités est « la recherche de nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme des MNC » (: 27). Voir aussi House of Lords, 2002; Bastide et Lagache, 1997; Bellavite et Signorini, 2002; Bell *et al.*, 2002; Bell et Koithan, 2006; Kelner et Wellman, 2003; Jonas, 2001; Lewith *et al.*, 2011; Verhoef *et al.*, 2004; Walach *et al.*, 2006).

¹⁰⁸ Fournier (2016) a répertorié plus de 580 références bibliographiques d'utilisation de nosodes contre les MI et plus de 120 références quant à leurs applications en prophylaxie, totalisant des dizaines de milliers de témoignages remontant aussi loin qu'en 1831 jusqu'à nos jours.

¹⁰⁹ La thèse de Judy Wilyman (2015) est intitulée « *A critical analysis of the Australian government's rationale for vaccination policy* ».

¹¹⁰ Les travaux de Tomljenovic et Shaw (2011; 2011d), publiés dans les sérieux *Journal of Inorganic Biochemistry* et *Current Medicinal Chemistry*, suggérant que les vaccins contenant de l'aluminium pourraient induire des conditions telles que l'autisme, ont été discrédités par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012; Sandborn, 2012).

comme une menace à son hégémonie. De plus, bien que ceci soit amplement documenté pour qui s'y intéresse, le fait que les homéopathes puissent offrir une alternative à la vaccination et au traitement des MI ou traiter les effets des vaccins n'est pas non plus transmis mais plutôt condamné par le discours orthodoxe : c'est du domaine de l'impensable. Plusieurs stratégies ont été décrites ayant permis à la MC de protéger son champ d'exercice et d'obtenir un monopole d'intervention sur la santé et la maladie. Devenir la seule référence acceptable et légitime permet d'ignorer l'apport des autres savoirs, ceux qui sont interdits.

Dans leur pratique professionnelle, les PDLS interviewées ont fait des observations qui attirent notre attention. Certaines sont témoins de situations d'effets secondaires suite à un vaccin mais n'ont pas confiance dans le système de vaccinovigilance, d'autres doivent promouvoir un vaccin sachant son faible taux d'efficacité, certaines possèdent des connaissances hétérodoxes utiles mais sont reléguées à la marginalité, ou encore elles ont des questionnements sur la vaccination qui soulèvent un important doute sur la sécurité réelle des pratiques vaccinales actuelles mais qui sont ignorés. Selon Tuana (2006 : 14 *tr. lib*), « si certains groupes ou individus sont construits comme étant ignorants, la logique dominante rend leur résistance invisible ou transformant cette résistance en ignorance ou en incompétence ». Ceci semble être la situation des PDLS hésitants face à la vaccination.

Nous croyons qu'ignorer ces questionnements, ces faits et ces savoirs ne contribue pas à l'amélioration des pratiques vaccinales et représente une injustice épistémique testimoniale (Fricker, 2007), c'est-à-dire un préjugé qui amène les autorités de SP et l'*establishment* biomédical à discréditer la parole des PDLS qui ont des inquiétudes ou des critiques au sujet de la vaccination. D'un point de vue féministe, le fait de qualifier de 'croyances' et non de connaissances, les divers doutes à l'égard des vaccins met en lumière les rapports de genre qui sous-tendent les stratégies normatives entourant la vaccination. Ce préjudice, cette négation d'un

statut épistémique adéquat des discours hétérodoxes, ces savoirs interdits, coupe les PDLS de leur qualité de « connaissantes », c'est-à-dire aussi de leur expertise.

5.4.2 Nier l'expertise par l'assujettissement d'une pratique professionnelle

Un des éléments clés pour assurer l'hégémonie du vaccin et l'observance à la vaccination est dévoilé par les PDLS, à travers le témoignage des manifestations d'assujettissement de ces actrices assignées à la mise en place des programmes de vaccination ou à sa promotion, sur laquelle repose tout ce système. Cet assujettissement peut prendre la forme d'un musellement, comme l'ont noté plusieurs participantes en s'exprimant sur la peur des sanctions exercées contre les dissidentes. Il semble qu'une force normative non juridique (la vaccination n'est pas obligatoire au Québec) liée à l'autorité médicale, la hiérarchie des professions et le discours officiel légitimé force l'obligation à l'adhésion aux pratiques vaccinales telles que prévues par les politiques de la SP. En effet, les PDLS sont tenues au respect des recommandations de bonne pratique élaborées entre autres par les autorités de santé. Ces recommandations peuvent dans certains cas revêtir une force obligatoire. La responsabilité des PDLS peut être engagée « en cas de non respect des données acquises de la science » (Loiseau, 2009 : 618). Il est intéressant de rappeler que cette appréciation des « données de la science » dans les recommandations de bonnes pratiques, par exemple sur la vaccination, sont issues des connaissances produites par l'industrie. Dans la définition du concept décrit par Thibierge (2009), la force normative (contraignante, coercitive) ne se réduit pas à la seule force obligatoire de la norme, mais comprend aussi des forces incitatives, dissuasives, morales, sociales, symboliques qui modèlent les conduites comme nous l'ont démontré les PDLS interrogées.

Il y a toutefois des différences entre les groupes de PDLS bien qu'à un certain plan, toutes doivent s'assujettir. Les infirmières sont les plus ciblées car elles sont les principales vaccinatrices. Les médecins sont moins critiques mais sont surveillés-ées dans leur pratique pour la promotion des vaccins et sont surveillés-ées aussi s'ils-elles pratiquent une MNC. Les sages-femmes doivent aussi se soumettre à des règles et suivre la prescription vaccinale des nouveaux-nés; elles ne sont pas encore complètement intégrées au système de santé. Les homéopathes, dont la pratique professionnelle n'est pas reconnue au niveau provincial, mais qui voient leurs remèdes règlementés au niveau fédéral, reçoivent pour leur part des demandes des parents. Or, ils-elles sont associés-ées aux antivaccinalistes (stigmatisés-ées), suite à la modification d'étiquetage de certains des nosodes par Santé Canada qui considère que la vaccination « *est non négociable* » (Labrèche et Fournier, 2016)¹¹¹. Ce changement a été décrété à la suite de pressions, entre autres par les pédiatres canadiens (Rieder et Robinson, 2015). Comme pour les sages-femmes, l'expertise historique est ignorée et il y a négation de leur expertise contemporaine.

L'impossibilité pour les PDLS de notre étude d'avoir, dans leur domaine respectif, une reconnaissance de leur savoir professionnel et expérientiel, ni de leur expertise face aux pratiques vaccinales, vient également d'un manque dans les ressources collectives d'interprétation sociale qui les met injustement en désavantage. C'est ce que Fricker (2007) appelle une injustice épistémique herméneutique où des connaissances jugées dangereuses (tabou) ne peuvent faire partie des références collectives. Les PDLS recrutées ont en commun le fait d'être critiques face à la construction des connaissances sur la vaccination. Elles ont des références scientifiques hétérodoxes et parfois des pratiques cliniques non conventionnelles et ne peuvent contester publiquement les pratiques vaccinales, d'où le recrutement difficile pour notre recherche. Il semble donc exister des mécanismes qui étouffent la critique,

¹¹¹ Communication personnelle, réunion Santé Canada, P. Labrèche, président du SPHQ, D. Fournier, expert-conseil, 26 février 2016.

qui répriment l'hésitation ou la divergence, des ignorances volontaires herméneutiques (Pohlhaus, 2012).

La présence d'une domination médicale et d'un savoir unique menant à l'hégémonie du vaccin permet d'ignorer les outils épistémiques développés à partir de l'expérience de l'univers des PDLS au savoir hétérodoxe. Cette dénégarion a pour conséquence de négliger des connaissances qui pourraient être mises à profit pour l'amélioration des pratiques vaccinales et pour la santé de la collectivité.

Cette question du savoir interdit dépasse le domaine de la vaccination et est plus complexe qu'une simple critique de l'industrie ou de la biomédecine. Elle réside dans l'histoire de la construction socio-politique de l'objet vaccinal et d'un système organisé, sur cette colonisation des professions subordonnées (la division sexuelle du travail) et sur la culture du tabou autour de la critique vaccinale.

5.4.3 Pourquoi la critique vaccinale est-elle taboue ?

Choffat (2005), membre du groupe médical suisse de réflexion sur les vaccins souligne que :

Les vaccinations sont un sujet tabou et passionnel en médecine. L'institution médicale s'interdit tout doute dans ce domaine, alors que le doute est le fondement de la réflexion scientifique. On se trouve devant des dogmes qui révèlent un intégrisme inquiétant en la matière.

Mais pourquoi critiquer la vaccination est-il tabou ? Cette question fort complexe faisait partie d'un de nos objectifs de recherche. Nous tenterons de fournir quelques éléments sur les raisons de ce tabou grâce aux réponses offertes par les PDLS tout au long des entrevues.

Nous remarquons d'abord que trois des participantes comparent, comme beaucoup le font, le pouvoir médical au pouvoir de la religion au Québec avant la Révolution tranquille. À notre avis, la gestion des connaissances interdites se rapproche du tabou religieux décrit par Durkheim¹¹² (1912 dans Thompson, 1982). Selon lui, il existe trois éléments fondamentaux à toutes les religions : les objets sacrés, un ensemble de croyances et de pratiques et l'existence d'une communauté morale. Ainsi, met-il en lumière les rouages du réseau symbolique d'une société : le statut d'un objet est déterminé par le sens que lui attribue la société, ou encore il détient un statut en tant que représentation collective. Or, une fois que l'étude d'un objet, ici le bien-fondé du vaccin, est identifiée comme étant tabou, il faudra s'y aventurer avec beaucoup de prudence.

Effectivement, la crainte de parler publiquement d'inquiétudes face à la vaccination, comme le démontre la difficulté du recrutement¹¹³ de notre étude, est un phénomène en soi qui indique bien que nous sommes en présence d'un tabou. La répression de la critique de la science du vaccin, tout le manque de connaissances à son égard, mais aussi les savoirs interdits ou occultés, les savoirs assujettis ou la production de l'ignorance, tous ces éléments participent à la construction de ce tabou. De plus, l'existence de mécanismes de surveillance, de sanction, de culpabilisation des PDLS ou des parents hésitants-es, sont des conséquences de ce tabou. Nous sommes d'avis que le tabou entourant la critique du vaccin est cultivé grâce à l'hégémonie du savoir biomédical, à la hiérarchie professionnelle, à l'influence de l'industrie sur la production des connaissances sur le vaccin et à la polarisation du débat. Pourtant, le

¹¹² "A religion is a unified system of beliefs and practices relative to sacred things, that is to say, things set apart and forbidden -- beliefs and practices which unite into one single moral community called a Church, all those who adhere to them (Thompson, 1982 : 129 [excerpt from Durkheim *The Elementary Forms of the Religious Life*]).

¹¹³ Le taux de participation dans les études portant sur des populations cachées, difficiles à atteindre, (sous pression sociale ou confrontées à l'autorité) et des sujets sensibles, dépend des caractéristiques de ce groupe, des techniques de recrutement mais aussi de l'intérêt porté par le sujet (Couper *et al.*, 2010; Groger *et al.*, 1999; Shaghghi *et al.*, 2011). Compte tenu de cette difficulté, le taux de participation pour notre étude (près de 50 %) est surprenant.

débat est une caractéristique normale et souhaitable dans toute entreprise scientifique mais l'existence de cette colonisation des savoirs en santé est un frein majeur. Malheureusement, l'existence de ce tabou empêche la participation du public au débat sur la vaccination et aux décisions politiques qui la concernent.

Malgré le fait que certains-nes auteurs-res s'opposent à l'idée d'ignorance ou de non-savoir leur préférant la notion « d'asymétrie du savoir » (Stehr, 2012), nous affirmons dans notre étude qu'il y a, sans équivoque, des savoirs interdits et de la « science non faite » concernant la vaccination. « Les entreprises pharmaceutiques financent une quantité énorme de recherches sur les vaccins, mais elles seront peu enclines à financer certains types d'études. Par exemple, les entreprises n'auront pas intérêt à payer pour de grandes études approfondies sur les effets indésirables des vaccins, parce qu'elles préfèrent ne pas mettre en évidence ces réactions. Elles sont aussi peu susceptibles de financer des études indépendantes sur les liens entre la vaccination et les maladies autoimmunes » (Martin, 2011 : 19 *tr, lib*).

Outre le fait de mettre en péril des intérêts financiers, quels seraient les dangers d'oser dire, de permettre une critique qui pourrait amener des améliorations aux pratiques vaccinales, en dehors des peurs soulevées par la SP, comme la perte de la confiance du public et le retour des MI ?

Un des plus grands dangers de remettre en question les pratiques vaccinales n'est peut-être pas tant la menace au rôle du vaccin comme mesure de prévention mais bien la perte du pouvoir de son statut social et symbolique comme sauveur de l'humanité : ouvrir une brèche dans cette construction, en permettant d'autres modèles de connaissances ou de savoir faire, constitue un danger pour l'orthodoxie car la vaccination est la pierre angulaire de la médecine moderne. Mettre une ombre sur un des éléments importants de sa crédibilité, c'est fragiliser tout l'édifice sur lequel repose cette promesse d'éradication des MI, mais aussi maintenant du cancer, des

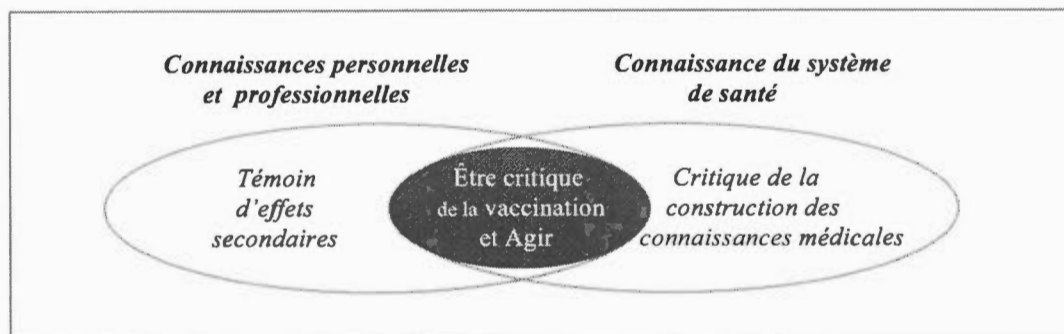
maladies chroniques et dégénératives. Un changement qui est de l'ordre de l'impensable.

5.5 Ouvrir la voie : les stratégies parallèles

Les résultats de notre étude font état de nuances importantes dans les discours critiques des divers groupes de PDLS en précisant les aspects qui sont davantage litigieux : la charge du calendrier vaccinal, la multiplication des vaccins, les effets secondaires à long terme, mais aussi les mécanismes qui contribuent à la science non faite à leur sujet. Il ne s'agit donc pas nécessairement d'une critique de la vaccination en général ou d'une opposition systématique, même si certaines participantes ne considèrent pas le vaccin comme leur premier choix face aux MI. Ceci nous éloigne de l'idée de « croyances » ou de « dissidence » souvent prétendue dans les discours orthodoxes officiels et les différentes études sur l'hésitation à la vaccination. Nous pouvons nous demander comment les PDLS critiques de la vaccination en sont venues à vouloir changer leurs pratiques vaccinales contrairement à ceux et celles qui choisissent de ne pas agir face à leurs inquiétudes.

Nous constatons qu'il existe bien un lien entre ce qui détermine l'hésitation des PDLS face à la vaccination et le fait 1) d'avoir été témoin d'effets secondaires vaccinaux, ainsi que le fait 2) d'être critique face à la construction des connaissances médicales (figure 5.1).

Figure 5.1 *Conditions clés liées à l'hésitation à la vaccination chez les PDLS*



5.5.1 La résistance : gérer la peur, trouver d'autres solutions

Les PDLS de notre étude doivent faire un travail épistémique important en réconciliant les dissonances entre le discours hégémonique sur le vaccin et les observations de leur pratique. Mais ce travail est une source d'iniquité, comme le soulignent certaines auteures (Perron et Rudge, 2016; Townley, 2011) car il affecte particulièrement certains groupes dans notre société, notamment les femmes, et permet de constater l'existence d'une division du travail épistémique.

Les participantes nous ont démontré la richesse de leurs connaissances, de leurs expériences et la multitude de types de références qui sont utilisés pour soutenir leurs critiques. Malgré la force normative entourant les pratiques vaccinales, en dépit des diverses contraintes vécues par les PDLS dans leur environnement, certaines font preuve de résistance devant l'autorité biomédicale et ses mécanismes pour tenter d'assurer l'observance aux politiques vaccinales et de réprimer l'hésitation à cette mesure dite préventive. En dépit des injustices épistémiques, du déni de leur expérience et du dénigrement de leur savoir hétérodoxe, certaines ont développé des moyens pour résoudre en partie cette impasse. Une des formes de résistance est d'agir parfois à l'encontre des règles, utilisant des stratégies parallèles.

Les travaux de Perron et Rudge (2016) révèlent que l'ignorance comporte une dimension productive car elle produit des effets (positifs ou négatifs), telles qu'ici des pratiques vaccinales conformes ou contestées. Mais l'ignorance contribue aussi au maintien et à la reproduction d'autres formes d'ignorances comme des censures, des gestes cachés (par exemple la falsification de carnets de vaccination) ou des stratégies qui représentent l'articulation d'un espace moral pour les PDLS qui cherchent à réconcilier les dissonances cognitives émergeant du contexte vaccinal actuel : un espace de négociation épistémique et politique.

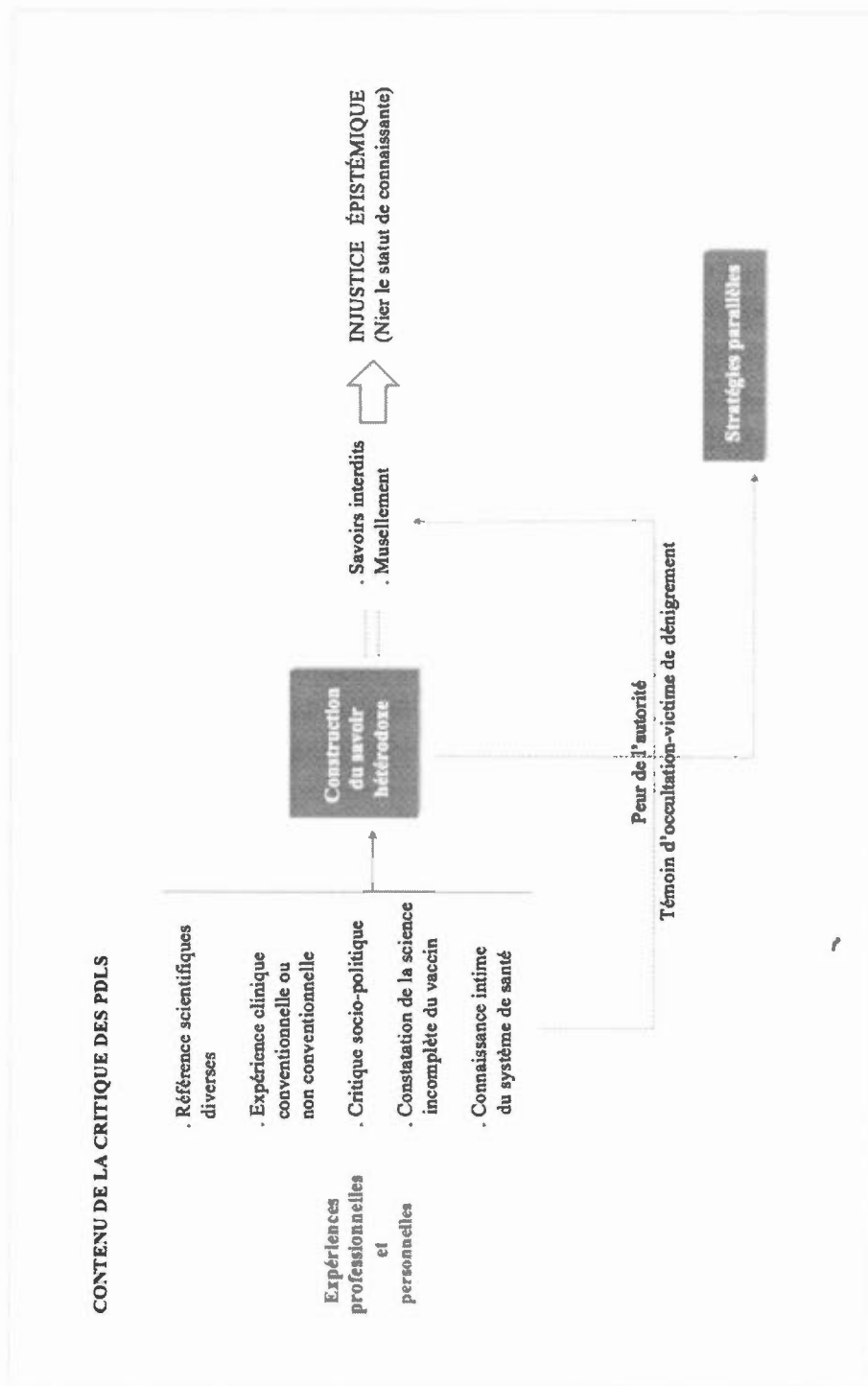
Les PDLS interrogées nous ont proposé diverses solutions dont plusieurs sont utilisées déjà dans leur pratique. Pour les médecins, une des plus fréquentes est d'adapter le calendrier vaccinal soit en tentant de retarder certaines vaccinations ou de séparer certains vaccins quand cela est possible. De plus, elles refuseront de vacciner un enfant malade. Pour les infirmières, les sages-femmes et les homéopathes, le fait d'avoir une vision globale de la santé et le désir d'offrir aux parents le libre choix tout en répondant aux exigences des autorités de SP les amène à prendre le temps d'informer adéquatement les parents sur toutes les facettes de la vaccination afin de s'assurer une décision éclairée malgré les nombreuses pressions sociales et les mesures coercitives. Un certain nombre de PDLS, dont les homéopathes, utiliseront un autre outil thérapeutique à la fois pour traiter les suites de vaccination, les MI qui surgissent dans leur pratique et comme prophylaxie, sans en faire la promotion mais selon la demande des parents. La très rare falsification du carnet de vaccination met également en lumière le degré de répression qui existe. L'existence de cette demande de la part des parents inquiets des vaccins signifie que leurs préoccupations ne sont pas prises en compte. Comme le souligne Gottlieb (2016), on peut se demander si les voix des parents ou des PDLS qui choisissent de ne pas vacciner ou de modifier le calendrier officiel de vaccination révèlent des expressions importantes de résistance biomédicale.

À la lumière des résultats, un modèle théorique des savoirs interdits pourrait se présenter ainsi :

- la construction d'un savoir orthodoxe dominant mène à une pratique hégémonique;
- une alliance autoritaire (SP, industrie, profession médicale) contrôle la production des connaissances sur le vaccin;
- il existe des mécanismes de musellement des remises en question qui entraîne une injustice épistémique;
- il y a développement de stratégies parallèles pour résoudre les dissonances cognitives vécues par les PDLS.

Nous présentons ici un modèle de théorisation dans un schéma explicatif sur le contenu et la signification des critiques des PDLS sur la vaccination et qui place les diverses composantes de la construction du savoir hétérodoxe (Figure 5.2).

Figure 5.2 Contenu de la critique des PDLs



5.5.2 Pistes de réflexion : vers un changement des pratiques vaccinales ?

Une population qui ne dispose pas de l'information nécessaire pour faire des choix éclairés pour sa santé est livrée aux forces du marché. Ce n'est pas une population libre qui peut exercer ses droits . (Assayag, RQASF, 2014)¹¹⁴

La légitimation des savoirs hétérodoxes des PDLS sur la vaccination nous apparaît être une condition essentielle pour considérer de nouvelles voies pour améliorer les pratiques vaccinale et la santé des collectivités aujourd'hui et dans l'avenir. À la fin de ce travail, nous nous demandons : comment favoriser la prise en compte de la pluralité des savoirs face à la domination des savoirs orthodoxes en santé ? Nous proposons quelques pistes de réflexions, dont des mesures concrètes énoncées par les participantes de notre étude, afin de sortir de l'impasse du débat polarisé sur la vaccination et de lever le tabou.

Nous considérons qu'il est utile d'étudier les savoirs interdits, ignorés ou dénigrés en développant des outils pour comprendre comment et pourquoi différentes formes de savoir sont disparus, ont été longtemps négligés ou ne sont pas parvenus à être reconnus. Il nous paraît essentiel de mettre tous les savoirs au profit de la santé des populations, notamment les MNC. Il nous paraît aussi impérieux de mettre en lumière les multiples dimensions du pouvoir à l'œuvre dans les pratiques vaccinales afin de clarifier le chevauchement entre les institutions et les structures sociales et politiques en ce qui concerne la science du vaccin afin d'améliorer les pratiques vaccinales. Les multiples conflits d'intérêts évidents dans les écrits révèlent que l'intégrité des organismes de promotion de la santé est menacée, un état de fait troublant qui corrobore les critiques des PDLS de notre étude.

¹¹⁴ <http://rqasf.qc.ca/lydya-assayag-femmes-sante-information>

Il serait utile de se poser des questions au sujet des conséquences possibles de cette négation du statut épistémique des personnes hésitantes face aux vaccins, conséquences qui pourraient mener à la radicalisation des positions antivaccinalistes en l'absence de compromis, tels que ceux suggérés par les participantes à cette étude et qui pourraient satisfaire bon nombre de parents et de PDLS hésitants. Nous pensons qu'il est important de considérer le fait que des scientifiques et des PDLS sont prêts-tes à aller à l'encontre du discours officiel pour poursuivre leurs recherches et leurs questionnements sur la vaccination, peu importe où cela les mène, sans la censure et l'influence des idées reçues. Nous souhaitons que la recherche continue d'être rigoureusement examinée, mais libérée des intérêts partisans et qu'un vrai débat public soit possible au Québec sur les pratiques vaccinales. Cet important domaine de recherche ne devrait pas être limité et aucune question liée à la sécurité des vaccins ne devrait jamais être cachée ou se substituer à la réalité. Nos résultats font état d'un musellement avéré des PDLS ayant des critiques face à cette pratique médicale. Nous supposons qu'il s'agit d'une minorité de ces derniers-ères qui la remettent en question, mais en constatant le degré de censure, nous ne sommes pas en mesure de savoir quelle est la vraie proportion de ces professionnels-elles qui ont des éléments essentiels à apporter à l'amélioration des pratiques vaccinales et qui pourraient contribuer à l'avancement des connaissances à ce sujet.

5.5.2.1 Des mesures profitables

Plus concrètement, nous avançons qu'il est urgent de tenir compte des mesures mises de l'avant par certains-nes PDLS pour assurer une plus grande sécurité des pratiques vaccinales. Il a été proposé de réintroduire la possibilité de séparer des vaccins sans les contraintes de l'industrie et de modifier le calendrier quand cela est jugé nécessaire. Il importe évidemment de sensibiliser tous-tes les PDLS sur l'importance du signalement des MAPI et d'améliorer les mécanismes de vaccinovigilance. Il pourrait aussi être question de comparer la santé des enfants vaccinés, partiellement

vaccinés et non vaccinés, en plus des différents calendriers vaccinaux entre les pays industrialisés, afin d'apporter un nouvel éclairage sur les politiques vaccinales à venir. En plus des efforts de nombreux-ses chercheurs-res et praticiens-nes à dénoncer la surmédicalisation (Cassels, 2012; Conrad, 2007; Gotzsche, 2012; Hadler, 2008; Welch, 2011), une tendance à la déprescription se fait sentir dans le monde médical en réponse à la surmédication (polypharmacie) des dernières décennies et aux risques croissants d'effets secondaires (Cross, 2013; Frank, 2014; Gotzsche, 2013; Liu, 2014). Il serait intéressant de considérer la question de la dévaccination (la diminution des doses ou des combinaisons) puisque les dangers de la multiplication vaccinale sont suspectés mais ne sont pas suffisamment étudiés à long terme. Et si une réponse à l'hésitation à la vaccination était de considérer des changements aux politiques et pratiques vaccinales ?

Également, nous sommes d'avis que la mise en commun de tous les savoirs, en dépassant la polarisation du débat sur la vaccination et les intérêts en jeu, est fondamentale à la santé et à la sécurité des enfants qui sont au centre de cette controverse. Au final, nous souhaitons qu'il y ait une remise en question des réponses politiques aux pratiques qui limitent l'accès à la diversité des savoirs sur la prophylaxie des MI, leur traitement ainsi que sur les vaccins. Nous croyons que les données recueillies suites aux témoignages des participantes de notre étude suscitent suffisamment d'interrogations sur les vaccins et leur application pour qu'il soit nécessaire d'approfondir le sujet à l'aide d'autres études plus étendues.

5.5.3 Apports et limites de la recherche

Un des apports de cette recherche est d'avoir enrichi notre compréhension du domaine de la vaccination grâce à l'expérience, à l'expertise et au savoir de PDLS, tout en mettant en lumière certaines forces normatives qui influencent cette pratique

de santé. Mais cette thèse comporte aussi des limites et certains biais qu'il est utile de souligner afin d'améliorer les recherches semblables dans le futur. Nous avons volontairement donné toute la place à la parole des PDLS qui avaient manifesté une inquiétude ou une critique face à la vaccination, un des objectifs de notre étude. Ce biais délibéré avait pour but de faire contre poids à la multitude d'études sur le phénomène de l'hésitation à la vaccination qui se sont trop peu intéressées à ces voix divergentes. Ce point de vue adopté de notre part donne certainement une impression de parti pris face aux discours hétérodoxes des PDLS de notre étude, mais il se justifie par le sujet propre à cette thèse et nous a permis de dépasser la polarisation du débat sur la vaccination.

Les participantes étaient donc sélectionnées. Étant donné cet échantillonnage restreint, nous ne pouvons généraliser les résultats à toute la population des PDLS critiques de la vaccination. Toutefois, nos résultats démontrent qu'il existe bien une réalité où des PDLS, témoins de MAPI et de mécanismes de camouflage d'une science du vaccin incomplète, ne peuvent émettre de critique socio-politique qui remettrait en doute le projet politique d'éradication des MI par la vaccination.

Bien que nous aurions souhaité avoir des participantes de différents âges pour permettre les points de vue de plusieurs générations de PDLS, la proximité de l'âge de la majorité des participantes s'ajoute à l'homogénéité de notre échantillon, ce qui peut limiter la valeur de nos résultats. Il semble que de plus jeunes femmes avaient des réticences à participer à une recherche qui porte sur les critiques au sujet de la vaccination, soit par crainte pour leur emploi, soit par peur d'être stigmatisées ou encore par crainte de la manière dont les résultats seraient utilisés. Ceci explique aussi la taille de l'échantillon. Nous avons tenté de contrer la possible homogénéité de leur profil en variant les informatrices clés et en évitant le plus possible la proximité des participantes en diversifiant les régions (Annexe F). Nous avons également tenu à montrer le mieux possible le spectre des différentes critiques face au

calendrier vaccinal infantile, un sujet fort visité, mais rarement du point de vue des discours hétérodoxes comme éléments savants à l'apport des connaissances sur le sujet.

Le fait d'avoir utilisé des questions ouvertes, générales et peu nombreuses a permis de dégager, dans notre analyse des verbatims, un très grand nombre d'éléments significatifs sur la nature de leurs critiques et de leurs expériences. Si cette proximité d'âge entre la majorité des participantes peut sembler être une limite, nous constatons au final, que cela nous a permis d'obtenir certaines données qu'il aurait été difficile de voir autrement. Au départ de ce projet, nous pensions trouver, comme dans les écrits, un contenu de la critique sur la vaccination qui comprenait les inquiétudes davantage connues, comme par exemple sur la quantité de vaccins, les doutes sur leur innocuité, les faiblesses du signalement des MAPI ou l'âge auquel le calendrier vaccinal est donné. Nous soupçonnions aussi que les « connaissances hétérodoxes » des PDLS n'étaient pas des « croyances », mais bien des savoirs comme nous avons pu le démontrer. Mais nous avons été surprises par un autre type de résultat. En effet, un apport important de cette thèse est d'avoir permis à des PDLS connaissantes du milieu médical (24 années d'expérience professionnelle en moyenne) de nous éclairer sur un système complexe qui supprime toute réticence sur le sujet de la vaccination (Martin, 1999, 2014) et qui entraîne à notre avis, une importante injustice épistémique.

Un possible biais de recrutement et d'analyse pourrait venir du fait que nous avons aussi comme chercheure, une expérience clinique dans le domaine de la santé comme homéopathe. Nous avons donc spécifiquement recruté à la fois une variété de PDLS ayant uniquement des pratiques conventionnelles et d'autres ayant aussi des pratiques non conventionnelles. De plus, il est possible que le fait d'avoir préparé et effectué les entrevues ait influencé le point de vue des participantes au cours des entretiens. Pour atténuer cet effet, nous tenions un journal de bord pour y consigner nos

impressions et nous avons pris le temps d'examiner l'impact de notre présence lors des entrevues. Il y avait également un risque d'interpréter les données sous une perspective critique de la vaccination, un biais qui pouvait être réduit par l'adoption d'une approche inductive favorisant la prise en compte du point de vue des participantes et aussi par le fait de leur présenter les résultats afin d'obtenir leurs remarques et précisions (Guay, 2009), ce qui a été mené à bien.

Nous avons aussi choisi l'homogénéité du genre parce qu'il existe un tel biais dans les études sur l'hésitation à la vaccination qui s'adressent principalement aux mères, aux infirmières et aux sages-femmes. Par contre, les homéopathes et médecins masculins ainsi que les infirmiers auraient peut-être donné des réponses différentes qui n'auraient pas nécessairement été semblables à celles de leurs homologues féminins. Nous pouvons nous demander si les hommes accepteraient plus facilement de participer à cette recherche. N'étant pas le groupe minorisé ou assujéti dans les rapports sociaux de sexe, peut-être auraient-ils été moins sujets à la peur des sanctions et de l'autorité ? D'autres études de ce genre doivent être faites bien sûr, afin de vérifier nos résultats.

Soulignons aussi que notre analyse a été guidée par une approche théorique et méthodologique. Nous avons insisté sur la présentation des données en utilisant la méthode d'analyse par théorisation ancrée en laissant une grande place aux témoignages des PDLS tels que formulés. Nous avons tenté de faire en sorte que « les interprétations issues de la recherche correspondent aux données empiriques et soient significatives, c'est-à-dire pertinentes pour les acteurs [-trices] sociaux et les disciplines scientifiques, et ce, pour assurer la crédibilité du projet de recherche » (Laperrière, 1997 dans Barbier et LeGresley : 25). Denzin (1989) ainsi que Huberman et Miles (2003) ont mis en évidence certains types de triangulation. Nous avons choisi de soumettre les analyses et les interprétations aux participantes pour vérification, ce qui contribue à améliorer la validité interne (réévaluation par *feed-*

backs ou triangulation dite « écologique »). Pour l'interprétation des résultats, nous avons eu recours au point de vue d'une collaboration externe (triangulation de chercheur-e). Ces types de triangulation nous ont permis également de vérifier si les résultats corroborent ou s'infirmen. À notre étonnement, et grâce au fait que nous avons eu directement accès au sujet d'étude dans son milieu, nous avons retrouvé une grande diversité de réponses, des inquiétudes et des critiques à la fois communes, mais d'autres fort différentes qui nous ont permis de mieux comprendre à la fois le contenu de leur critique et leur apport aux connaissances sur la vaccination et ses pratiques.

Lors de l'analyse et de la discussion, nous avons tenté, lorsque possible, de vérifier la cohérence interne de nos déductions en confrontant notre interprétation aux études et aux recherches ainsi qu'à des théories reconnues (validité référentielle) (Pourtois et Desmet, 2007). Lors de l'interprétation, l'utilisation de la collaboration à l'analyse des résultats avec les participantes répondait aussi à un de nos objectifs secondaires qui a trait à l'importance du partage et du transfert des connaissances des PDLs. Cette mise en commun des savoirs a pour but de considérer l'utilité et l'apport de ces dernières à l'amélioration du bien-être de la collectivité et ainsi contribuer à donner un sens à leur expérience. Nous ne prétendons pas, toutefois, que notre rôle de chercheure se limite à être un simple relais qui a pour fonction de donner la parole à un groupe dominé sans plus. Nous croyons plutôt que l'expérience et le savoir hétérodoxe des PDLs sur la situation de la vaccination font de ces actrices, des expertes au même titre que ceux et celles qui ont l'autorisation de parler officiellement.

« La validité externe des connaissances produites est liée à leur transférabilité dans d'autres contextes, à savoir qu'elles fournissent aux acteurs de ces contextes des repères utiles à la compréhension de leur propre situation et actionnables pour agir intentionnellement » (Albert et Couture, 2013 : 194). Les participantes n'ont pas été

choisies au hasard, ce qui représente un échantillon non représentatif. Mais pour assurer une certaine validité externe, bien que nous ne puissions généraliser les observations recueillies à toute la population des PDLS, nous avons tenté d'atteindre la saturation des données pouvant répondre à la complexité et à la richesse de notre objet d'étude. Nous avons, en outre, décrit le plus exactement possible la population étudiée (Drapeau, 2004).

Nous pouvons mettre de l'avant certains apports de cette recherche aux connaissances actuelles.

1) D'abord, cette étude a permis à des PDLS de donner un sens à leur vécu en prenant la parole sur un sujet qui est controversé et censuré. Leur voix montre que les diverses critiques des PDLS au discours hétérodoxe ne sont pas issues de « fausses croyances » ou « d'ignorances » mais viennent d'un savoir étayé, riche et averti.

2) Ensuite, notre approche a contribué à la dépoliarisation du débat en démontrant que les PDLS critiques ne sont pas systématiquement ou dogmatiquement contre la vaccination mais sont critiques des pratiques vaccinales et ont parfois d'autres façons de traiter et de prévenir les MI. Ceci outrepassa la stigmatisation d'une position réductrice antivaccinaliste et élargit le débat.

3) Les PDLS interrogées divulguent sans conteste qu'il existe bien un manque de connaissances, une science non faite ou incomplète sur les vaccins et un espace d'ignorance fondé sur des domaines de recherche occultés, ignorés, d'un système basé sur des mécanismes de surveillance, sur la subordination et la hiérarchie des professions et sur les influences de l'industrie.

4) Les données font état de la présence d'une injustice épistémique face aux savoirs interdits quant à la vaccination et son application. Cette injustice endigue des connaissances essentielles qui ne sont pas mises à contribution pour le bien-être de la population.

5) Enfin, la présentation de pistes de réflexion pourrait s'avérer utile pour l'amélioration des pratiques vaccinales et sur les pratiques alternatives utilisées.

Notre thèse propose de mettre de l'avant de nouvelles perspectives qui encouragent « un savoir construit selon des règles qui osent sortir de l'orthodoxie, un savoir non moins 'savant' mais plus justement autre » (Beauregard et De Koninck, 1991 : 2).

CONCLUSION

Dans le cadre de cette thèse, il s'agissait de documenter les discours hétérodoxes de PDLS, critiques de la vaccination infantile telle qu'elle est pratiquée et présentée aujourd'hui, afin de mieux comprendre leur point de vue, leur expérience et leur savoir sur ce sujet controversé. C'est qu'il existe un certain consensus à l'effet que la vaccination est la seule voie possible contre les MI, qu'elle est tout à fait sécuritaire et que d'en douter est injustifié. La vaccination possède une importante force normative : il est très mal vu d'être invacciné-ée. Dans ce contexte, il nous paraissait pertinent de s'attarder au contenu des discours et des expériences de PDLS qui ont des inquiétudes à son sujet en prenant en compte leur expertise unique; cette perspective est rarement empruntée. Nous avons aussi le souci de déconstruire la qualification réductrice d'antivaccinaliste souvent donnée aux PDLS qui ont des réticences et d'aller au-delà des écrits de la santé publique sur le phénomène de l'hésitation à l'égard des vaccins (qui préconisent essentiellement des stratégies pour diagnostiquer ce phénomène et le contrer). Un projet de recherche qualitatif a été favorisé afin de recueillir des données nuancées sur le contenu de ces discours hétérodoxes pour ainsi couvrir le spectre des critiques possibles et en saisir le sens.

Ce projet de thèse nous semblait nécessaire autant pour sa pertinence sociale que pour sa contribution au développement des connaissances scientifiques dans le domaine de la sociologie de la santé. Plus important encore, notre travail visait à provoquer une remise en question sociétale, un défi de taille. Est-ce que les politiques vaccinales actuelles servent l'intérêt public ? Est-ce que tous les types de savoir scientifique sont mis à contribution ? Et pourquoi critiquer la vaccination est-il un sujet tabou ?

Dans un premier temps, une recension approfondie des écrits sur le sujet de l'hésitation à la vaccination, sur le débat l'entourant, sur l'histoire des vaccins et ses multiples dimensions, ainsi que sur la construction des connaissances orthodoxes à

son sujet nous ont permis de dresser un portrait des différents éléments en jeu. Il en ressort que le vaccin possède un statut singulier et complexe, car plus qu'un simple médicament de prévention, il représente un enjeu important de pouvoir, ce qu'au départ nous n'avions pas envisagé. Ce biomédicament est au centre d'un projet politique d'éradication des MI cautionné par de puissants organismes gouvernementaux et mondiaux de santé, et par l'industrie. La recension des écrits met en lumière la rencontre de plusieurs acteurs influents qui instaurent des programmes de vaccinations chargés malgré les nombreuses inquiétudes exprimées, dont celles à propos du sous-signallement des MAPI. En effet, la recension a également mis en lumière qu'un certain nombre de PDLs ont des hésitations face à la vaccination, que certains-nes considèrent d'autres types de connaissances en santé, mais que leur critique est perçue comme une 'fausse croyance' ou un manque de connaissance plutôt que comme une critique savante. C'est ce que nous avons voulu explorer.

Dans un deuxième temps, notre projet de recherche qualitatif a servi à produire des récits sur les inquiétudes, les savoirs et les expériences sur la vaccination de treize femmes PDLs issues de quatre groupes professionnels différents largement composés de femmes (infirmières, médecins, homéopathes et sages-femmes) et souvent visés par les études de la SP sur l'hésitation à la vaccination. À l'aide d'une méthodologie de recherche féministe par théorisation ancrée et d'une approche théorique faisant appel aux travaux féministes sur la construction du savoir et de l'ignorance, l'analyse de ces récits a permis de faire connaître tous les éléments qui contribuent à leur discours hétérodoxe à l'égard de cette mesure préventive. Les données indiquent que ces éléments incluent d'être témoin de MAPI et d'être critique de la construction des connaissances médicales. Les résultats obtenus montrent la multitude d'inquiétudes et de difficultés auxquelles font face ces PDLs. Ils confirment aussi qu'il existe de grands manques dans nos connaissances au sujet des vaccins, entre autres sur les effets à long terme de tous ces vaccins, sur la transmission des informations à leur sujet, ou encore sur les raisons d'éclosions chez les personnes vaccinées. Par ailleurs,

les résultats signalent la présence d'enjeux de pouvoir importants qui entravent la possibilité de porter un regard critique pour améliorer les pratiques vaccinales.

Au départ, notre recherche visait principalement le contenu des critiques de PDLS face à la vaccination des enfants. Or, à notre étonnement, l'analyse des données qui proviennent de la relation particulière qu'ont ces professionnelles avec le système de santé nous permet de constater que leurs inquiétudes dépassent cette seule mesure préventive car elle met en lumière une critique beaucoup plus large. En fait, bien qu'elle ne soit pas uniforme, cette critique ramène au monde médical et à celui du politique : les pratiques de santé, l'idéologie biomédicale, la hiérarchie des professions de la santé, les enjeux de pouvoir et l'intrication de l'industrie pharmaceutique avec l'État sur la production des connaissances légitimées en santé. Toutefois, c'est à travers le phénomène singulier de la vaccination qu'est exposé cet univers dans toute sa factualité.

Les PDLS interviewées révèlent, surtout en ce qui a trait à leur expérience du système de santé, une connaissance unique et diversifiée sur la réalité vaccinale qui nous permet de mettre en lumière la présence d'une hégémonie du vaccin. Ce qu'elles exposent, à travers les conditions matérielles et normatives dans lesquelles elles vivent l'expérience de leur hétérodoxie, ressemble à un domaine façonné autour d'une science incontestable du vaccin, d'une pensée unique et uniformisante qui sanctionne ou rejette tout raisonnement hétérodoxe s'il est contraire aux politiques établies, ne laissant aucune place aux doutes sur les pratiques vaccinales, encore moins à d'autres formes de savoir et de soins. De ce fait, les résultats de notre recherche révèlent des stratégies parallèles utilisées par certaines des PDLS interrogées, comme compromis à l'intérieur de leur pratique professionnelle, ce que nous n'avions pas soupçonné. Au terme de notre travail, ces stratégies nous permettent d'être en mesure de voir avec intérêt que des changements concrets pourraient être fait pour améliorer la sécurité des pratiques vaccinales. Il en résulte

quelques propositions telles que réintroduire la possibilité de séparer les vaccins, modifier le calendrier vaccinal, améliorer les mécanismes de vaccinovigilance, étudier d'autres types de prophylaxie (l'homéoprophylaxie) et faire un examen des politiques vaccinales. Mais encore faudrait-il une volonté politique pour en arriver là.

Bien que cette thèse ne représente qu'un échantillon de PDLS critiques des pratiques vaccinales, elle se veut audacieuse en traitant de la question de la vaccination sous un angle peu abordé, soit celui du point de vue de PDLS témoins des mécanismes complexes et paternalistes du système de santé qui mobilise des ressources considérables pour assurer l'observance vaccinale. Elle nous paraît novatrice car elle apporte un éclairage nouveau sur les connaissances manquantes sur les vaccins et propose des pistes de solution intéressantes pour ouvrir un dialogue à ce sujet. Notre thèse a aussi mis de l'avant des expériences professionnelles de différentes PDLS révélant une hiérarchie des professions en santé forçant parfois à l'assujettissement ou à la marginalité de certains membres. Notre travail montre également la présence d'une injustice épistémique importante qui muselle les connaissances de ces PDLS. Nous pensons que ces observations peuvent servir au domaine des études féministes.

Notre thèse soulève également des questionnements sur la production des connaissances actuelles sur les pratiques vaccinales et sur les vaccins. Puisque les remettre en question est un sujet tabou, bien des aspects de cette mesure préventive normée restent encore à explorer, entre autres en ce qui concerne d'autres savoir faire. De plus, nous savons peu de chose sur les discours hétérodoxes rarement entendus des PDLS qui constituent la ligne de front pour la mise en place des programmes de vaccination auprès des familles ainsi que de la distribution des vaccins. Par conséquent, il nous semble indispensable que d'autres recherches soient faites dans le même sens afin de mettre à contribution toutes les connaissances et par là même, enrichir notre savoir sur les vaccins et les soins donnés aux enfants.

ANNEXES

ANNEXE A1 - Certificat Éthique

UQÀM Faculté des sciences humaines
Université du Québec à Montréal

Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM :

Vaccination infantile et discours hétérodoxes : étude sur le savoir interdit d'infirmières, de médecins, d'homéopathes et de sages-femmes

Anne Taillefer, étudiante au doctorat en sociologie

Sous la direction de Catherine Des Rivières-Pigeon, professeur au Département de sociologie, et Abby Lippman, professeur au Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Certificat émis le 29 janvier 2015. No de certificat : FSH-2015-005.



Thérèse Bouffard
Présidente du comité
Professeure au Département de psychologie

ANNEXE A2 - Formulaire d'engagement à la confidentialité

**Formulaire d'engagement à la confidentialité****Vaccination infantile et discours hétérodoxes: étude sur le savoir interdit d'infirmières, de médecins, d'homéopathes et de sages-femmes**

Information sur le projet

Personne responsable du projet

Chercheure responsable du projet : **Anne Taillefer**

Programme d'études : **Doctorat en sociologie**

Adresse courriel : **taillefer.anne@courrier.uqam.ca**

Direction de recherche

Direction de recherche : **Catherine Des Rivières-Pigeon**

Département ou École : **Sociologie**

Faculté : **Faculté des sciences humaines**

Courriel : **desrivieres.catherine@uqam.ca**

Téléphone : **(514) 987-3000 poste 2534**

Je soussignée, _____, en tant que participante de la recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas participé à la présente recherche, des renseignements personnels, le contenu de l'entrevue ou toute autre information liée à la recherche à laquelle je vais participer.

Signatures

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

Signature de la participante

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué les raisons de cet engagement à la confidentialité à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

Un exemplaire du formulaire d'engagement à la confidentialité signé sera remis à la personne participante.

ANNEXE B - Calendrier vaccinal québécois 2016 (INSPQ)

Vaccin qui protège contre :	À 2 mois	À 4 mois	À 6 mois	À 12 mois	À 18 mois	Entre 4 et 6 ans	En 4 ^e année du primaire	En 3 ^e année du secondaire	Après 60 ans
<u>Diphtérie-coqueluche-tétanos-hépatite B-polio-Hib</u>	X	X	X (sans l'hépatite B)		X				
<u>Pneumocoque</u>	X	X		X					X (65 ans et plus)
<u>Rotavirus</u>	X	X							
<u>Grippe (automne-hiver)</u>			X*						X
<u>Méningocoque C</u>				X				X	
<u>Rougeole-rubéole-oreillons-varicelle</u>				X (sans la varicelle)	X	X (varicelle seulement, à compter du 1 ^{er} avril 2016)			
<u>Diphtérie-coqueluche-tétanos-polio</u>						X		X (sans la polio)	
<u>Hépatite B</u>							X (le vaccin utilisé protège aussi contre l'hépatite A)		
<u>Virus papillome humain</u>							Filles seulement		

* Votre enfant doit recevoir le vaccin contre la grippe dès l'âge de 6 mois ou dès que le vaccin est disponible (automne-hiver). Ce vaccin doit être administré chaque automne jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 2 ans. Il pourrait également être recommandé après l'âge de 2 ans dans certaines situations.

ANNEXE C - Les recherches scientifiques peu citées

Cette annexe présente diverses recherches scientifiques afin de donner une idée de l'ampleur et de la diversité des études sur les vaccins rarement citées dans le milieu conventionnel.

Certains-nes ont lié la vaccination avec des maladies aiguës et chroniques (Chen *et al.*, 2001; Foucras, 2004; McDonald *et al.* 2008; Shoenfeld et Aaron-Maor, 2000; Shoenfeld *et al.*, 2015) qui n'ont pas de causes connues, comme par exemple, l'autisme, le TDAH, l'asthme, les allergies avec le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) (Bock et Stauth, 2007; Buttram, 2008; Karp *et al.*, 1996; Kerdiles *et al.*, 2006; Overfield et Hammes, 1964; Wakefield *et al.*, 1998), la sclérose en plaques et le vaccin antihépatite B (Foucras, 2004; Girard, 2004b; Gout *et al.*, 1997; Hernan *et al.*, 2004), la mort subite du nourrisson et le vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos (DCT) (Baraff *et al.*, 1983; Coulter, 1994), le diabète juvénile (DT1) et le vaccin Hemophilus influenza B (HiB) (Classen et Calssen, 2002 ; Classen, 2014). La vaccination contre la rubéole avait déjà été contre-indiquée pendant la grossesse en raison de la valeur théorique d'un risque tératogène (de Melker *et al.*, 2005).

Des hypothèses circulent donc dans la communauté scientifique alléguant des préjudices causés par la vaccination (Dunbar et Skinner, 2003) et proposant un lien entre la polyvaccination, l'addition vaccinale et l'augmentation des maladies chroniques comme des maladies autoimmunes (asthme, allergies, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, diabète type 1, lupus, TDAH, autisme et autres maladies du système nerveux central) (Agmon-Levin *et al.*, 2009; Chen *et al.*, 2001; Chen, 2013; Classen, 2014; Georget, 2009; Girard, 2007, 2009; Habakus et Holland, 2011; Hurwitz et Morgenstern, 2000; Langer-Gould *et al.*, 2014; McDonald *et al.*, 2008; Nettleton *et al.*, 2009; Rose, 2000; Rottem et Shoenfeld, 2004; Skea *et al.*, 2008; Tsumiyama *et al.*, 2009), les maladies orphelines, les différents troubles du développement (autisme, syndrome d'Asperger) et les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (DeSoto et Hitlan, 2010; Geier et Geier, 2006; Gallagher et Goodman, 2008, 2010; McDonald et Paul, 2010), les troubles neurologiques héréditaires (maladie de Gilles de la Tourette) ou certains cancers (Zandvliet et Wel, 2007) comme la leucémie (Georget, 2009).

Nous présenterons, **1)** diverses recherches scientifiques sur les MAPI, **2)** des recherches qui supportent les hypothèses de risques et dommages vaccinaux non reconnus, **3)** des recherches sur le questionnement sur le calendrier vaccinal, **4)** quelques biais scientifiques observés dans la recherche sur la vaccination, **5)** des études indépendantes sur les vaccinés/non vaccinés, et **6)** des études sur l'efficacité des vaccins.

C.1 Diverses recherches scientifiques portant sur les effets secondaires et accidents post-vaccinaux (MAPI)

Vaccin A H1N1

La vaccination contre la grippe A H1N1 en 2009-2010 n'aura pas été sans conséquence. Au Québec, « le rapport de la DSP fait un relevé de toutes les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) causées par le vaccin. Des 4 363 450 personnes vaccinées au Québec, on a observé 2229 cas de MCI, dont 101 étaient considérés comme sérieux. [On a aussi noté, suite à cette vaccination, des cas de syndrome de Guillain-Barré, des cas de paralysie] et un impact négatif chez des femmes enceintes (des MCI affectant le fœtus ou l'évolution de la grossesse auraient entraîné six avortements spontanés, un décès intra-utérin et une réduction des mouvements fœtaux » (Méthot, 2011 : 1; voir aussi Goldman (2013), sur les avortements spontanés et décès intra-utérins). Une étude (De Wals *et al.*, 2012) sur les données épidémiologiques sur le risque du syndrome de Guillain-Barré suite au vaccin contre le virus A H1N1 au Québec montre une augmentation significative des cas depuis cette vaccination. Même chose aux États-Unis, avec une incidence de 57% supérieure à celle de personnes non exposées au vaccin (Wise *et al.*, 2012). Ailleurs dans le monde, pendant la même période, il y a également eu des cas de narcolepsie¹¹⁵ en Finlande (O'Flanagan, *et al.* 2011), en Suède, puis en Islande et en Grande-Bretagne (Dyer, 2013). L'OMS a émis un communiqué déclarant que pour le groupe d'âge 4-19 ans qui avait reçu le vaccin contre la grippe pandémique A H1N1, le risque de narcolepsie était neuf fois plus élevé que parmi ceux qui n'avaient pas été vaccinés (OMS, 2011). Des chercheurs-res font une mise en garde face aux travaux qui se font actuellement pour développer des « vaccins universels » visant à protéger contre tous les sous-types de la grippe (Crowe, 2013; Khurana *et al.*, 2013). Ils-elles

¹¹⁵ La narcolepsie est un trouble du sommeil rare qui provoque une personne à s'endormir soudainement et de façon inattendue.

décrivent un phénomène selon lequel une vaccination contre une souche de grippe semble en fait augmenter le risque d'infection grave après une exposition à une souche apparentée mais différente, un effet appelé *vaccine-associated enhanced respiratory disease* (risque accru de maladie respiratoire associée au vaccin).

Vaccin HiB

Classen (2002) a tenté de déterminer si le vaccin *Haemophilus influenza B* (Hib) était associé à un risque accru de diabète insulino-dépendant (DID). Tous les enfants nés en Finlande entre le 1^{er} Octobre 1985 et le 31 Août 1987, environ 116 000 ont été randomisés pour recevoir 4 doses du vaccin Hib à partir de l'âge de 3 mois ou une dose de départ à l'âge de 24 mois. Ce chercheur a noté que l'exposition à la vaccination anti-Hib est associée à un risque accru de diabète insulino-dépendant. Dans les pays dépourvus de traitement médical moderne, les avantages du vaccin Hib peuvent dépasser les risques potentiels. Cependant, dans les pays industrialisés, Classen suggère que des changements en matière de vaccination Hib devraient être envisagés. Une des possibilités consisterait à administrer une seule dose du vaccin.

Vaccin Rotarix

Un vaccin contre la diarrhée causée par le rotavirus (vaccin Rotarix) a été suspendu aux États-Unis en 1999 suite à plusieurs rapports reçus par un fonctionnaire du ministère de la santé, d'intussusceptions¹¹⁶ chez les nourrissons vaccinés. Le vaccin est estimé avoir causé, pour 10 000 vaccinés, environ un cas d'intussusception. Des études préliminaires post-homologation au Mexique ont aussi détecté une augmentation possible du risque d'invagination intestinale après la première dose du Rotarix et une tendance similaire a été observée en Australie pour le même vaccin (Buttery *et al.*, 2011). De fabrication génétique, des chercheurs ont aussi trouvé au Brésil des cas de recombinaisons génétiques entre un gène dérivé d'un vaccin et un gène acquis d'une souche circulante, ce qui veut dire que des cas de maladies du rotavirus ont été détectés à la fois chez les enfants vaccinés et non vaccinés avec le Rotarix. Les données suggèrent que l'utilisation généralisée de ce vaccin peut introduire des gènes de vaccins dans le rotavirus humain en circulation (Lundgren Rose *et al.*, 2013).

¹¹⁶ L'intussusception désigne, en médecine, l'entrée d'une partie de l'intestin dans une autre, ou invagination de l'intestin.

Vaccin Varicelle

Donné depuis 1998, ce vaccin contre la varicelle (*Varivax III* au Canada, vaccin varicelle Mérieux en France) a soulevé des objections car, d'une part, il y aurait un risque de décaler l'âge de la maladie et d'augmenter l'incidence du zona, et d'autre part, lorsqu'il est administré à des personnes en santé, près de 2,4 % des vaccinés développeraient des formes atypiques de la varicelle dans les deux ans suivant la vaccination (Georget, 2009; Simon, 2014). Le virus initial mute et donne une maladie différente qui risque d'évoluer de façon inattendue. Le VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System aux États-Unis) a documenté des données sur des cas d'enfants âgés de 12 mois à 12 ans hospitalisés pour un zona causé par la souche vaccinale de la varicelle (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Au Québec en 2007, quatre signalement de zona chez des enfants ont été rapportés (*Ibid* : 1). La revue *Prescrire* (1995)¹¹⁷ notait que le dossier sur le vaccin Mérieux comportait des lacunes et que rien ne justifiait la vaccination des sujets sains. Goldman (2006) a observé une augmentation du zona dans une population américaine suite aux recommandations pour que tous les enfants soient vaccinés contre la varicelle. Notons également que le vaccin contre le zona Zostavax a aussi comme effet secondaire de causer la maladie chez certaines personnes (Cassels, 2012b).

Vaccin RORV

Le vaccin *Varivax III* combiné au ROR a finalement été inclus au calendrier vaccinal de base québécois en janvier 2006. Aujourd'hui, avec un calendrier de plus en plus chargé, de nombreuses inquiétudes à propos de l'impact possible sur la santé sont formulées. Klein et ses collègues (2010) ont constaté que les enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont été vaccinés avec un vaccin conjugué contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (RORV) ont davantage de convulsions fébriles (7 à 10 jours après la vaccination) que ceux ayant reçu le vaccin ROR séparément du vaccin contre la varicelle. Le comité consultatif américain a donc retiré le vaccin RORV du programme de vaccination. Des chercheurs ont aussi constaté que l'administration du vaccin antigrippal trivalent inactivé le même jour que le vaccin antipneumococcique conjugué-13 ou le vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire était associé à un

¹¹⁷ *Prescrire* (1995) : « Vaccin varicelle Mérieux préparation injectable S.C. », *Rev Prescrire*, 15 (150 : 260-262).

risque accru de convulsions fébriles (Duffy *et al.*, 2016).

Vaccin VPH

Entre 2009 et 2010 en Inde, 14 000 petites filles de 10 et 14 ans se font vacciner, dans le cadre d'une « Étude nationale d'observation » contre le VPH (virus du papillome humain). La majorité des filles ont systématiquement déclaré des effets secondaires (mal d'estomac, migraines), « 120 d'entre elles ont été atteintes de troubles graves (crises d'épilepsie), et 4 sont mortes » (Bellini, 2010). Des chercheurs-res américains croient aussi que le vaccin Gardasil pourrait avoir un lien avec des cas mortels de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), aussi appelée maladie de Lou Gehrig (Laino, 2009). Et le récent décès en septembre 2012 d'une jeune fille de 13 ans en Espagne, a incité des PDLS, des associations d'usagers et de professionnels-elles de santé ainsi que des sociétés savantes à demander le retrait du vaccin Gardasil du calendrier vaccinal aux autorités de santé publique (Pasca, 2012). Récemment, à la suite de centaines de rapports d'effets secondaires suite à ce vaccin, le ministère de la santé du Japon a retiré ses recommandations pour la vaccination et les PDLS ne doivent pas la promouvoir pendant que des études seront menées (Mulcahy, 2013; Silverman, 2013). Les mêmes inquiétudes sont partagées par les ministres de la santé d'Israël et d'Italie, suite à des études suggérant la manifestation de maladies autoimmunes et autres effets indésirables (lupus érythémateux, vasculopathies) liés au vaccin Gardasil (Colafrancesco *et al.*, 2013; Even, 2013; Gatto *et al.*, 2013; Tomljenovic et Shaw, 2012). Depuis les dernières années les preuves s'accumulent sur les MAPI de ce vaccin (Biron, 2015, 2016; Brinth *et al.*, 2015; Colafrancesco *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2016; Tomljenovic et Shwa, 2012; Wildemann *et al.*, 2009).

Contamination des vaccins et adjuvants

Les cas de contaminations et d'impureté des vaccins sont aussi un sujet de préoccupation. La contamination du vaccin antipoliomyélitique avec le virus SV40 dans les années 1960 ou ceux de la rougeole et de la fièvre jaune par le virus de la leucose aviaire dans les années 1990 (Georget, 2003; Georget, 2009) et plus récemment, la présence de nanocontaminants (Gatti et Montanari, 2017) et la contamination du vaccin génétique Gardasil (contre le VPH)¹¹⁸ (Cummings, 2012;

¹¹⁸ Voir entre autres, les travaux de Georget (2003 et 2009) sur les nouvelles générations de vaccins recombinants obtenus par génie génétique.

Hang Lee, 2012 ; Sudhakar Reddy, 2012; Colafrancesco *et al.*, 2013; Tomljenovic et Shaw, 2012), ne sont que quelques exemples qui peuvent expliquer en partie les préoccupations de certains-ses scientifiques et PDLS sur la multiplication vaccinale. L'addition d'adjuvants (Brewer *et al.*, 1999; Cerpa-Cruz *et al.*, 2013; Colafrancesco *et al.*, 2013; Israeli *et al.*, 2009; 2012; Katzav *et al.*, 2012 ; Lujan *et al.*, 2013; Meroni, 2012; Neuzil *et al.* 1997; Nohynek *et al.* 2012; Shaw et Tomljenovic, 2013; Shoenfeld et Agmon-Levin, 2011; Shoenfeld *et al.*, 2015; Tomljenovic et Shaw, 2011; Zafirir *et al.*, 2012) comme les dérivés de l'aluminium (Inbar *et al.*, 2017), de conservateurs comme le β propriolactone (cancérigène), le thiomersal (à base de mercure), de phénoxyéthanol (toxique), inquiète aussi depuis longtemps. On appelle maintenant syndrome auto-immunitaire/inflammatoire induit par les adjuvants (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants – ASIA), défini par Shoenfeld et Agmon-Levin en 2011, comme une condition dans laquelle l'exposition à un adjuvant amène au développement d'une maladie caractérisée par une réponse immunitaire hyperactive (Rodriguez-Pinto et Shoenfeld, 2015).

C.2 Les recherches qui supportent les hypothèses de risques et dommages vaccinaux non reconnus

De très nombreuses études scientifiques ont été publiées sur les risques et les dommages causés par la vaccination (Agmon-Levin *et al.*, 2009, 2009b; Albonico et Hirte, 2005; Aristegui *et al.*, 2003; Classen, 2014; Fisher *et al.*, 2001; Gatto *et al.*, 2013; Israeli *et al.*, 2012; Kivity *et al.*, 2009; Little et Ward, 2012; Molina et Shoenfeld, 2005; Orbach *et al.*, 2010; Poser *et al.*, 1982; Rosenblum *et al.*, 2011; Shoenfeld *et al.*, 2000; Shoenfeld *et al.* 2015; Tomljenovic et Shaw, 2012). Certains travaux « ont prouvé de manière convaincante que la base moléculaire d'un dysfonctionnement immunitaire résulte d'un 'mimétisme moléculaire' des organismes viraux et microbiens, (...) et de dommages 'collatéraux' (*by-stander damage*) (Dunbar et Skinner, 2003 : 141). D'autres ont démontré le phénomène de suppression et de déplacement des MI (Buttram, 2008; Teixeira, 2002; Hubbard, 1966)

Ces dommages ou préjudices prennent plusieurs formes :

- *des changements structuraux chez les primates* (sur le volume de l'amygdale ou sur l'acquisition des réflexes néonataux, par exemple) ayant reçu le programme de

vaccination complet ou partiel donné aux jeunes enfants (Hewitson *et al.*, 2010; 2010b; Kennedy *et al.*, 1997);

- *des réponses vaccinales variant chez les enfants selon leur sexe*, comme il a été observé chez les garçons ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B durant la période où il contenait du thimérosal (Gallagher et Goodman, 2008 et 2010);

- *la suppression des maladies infectieuses* (ou maladies aiguës) de l'enfance, entre autres par la vaccination et un lien avec l'augmentation de la susceptibilité au cancer (Albonico *et al.*, 1998; Hoption Cann *et al.*, 2006; Zandvliet et Wel, 2007) ou autres maladies chroniques¹¹⁹ (Rooth, 1992; Teixeira, 2002). Certains avancent que les vaccins actuels contre les maladies mineures de l'enfance (rougeole, oreillons, varicelle, rubéole) visent à stimuler la production d'anticorps dans la moelle osseuse, contournant le système immunitaire cellulaire. Ces vaccinations auraient ainsi tendance à inverser les rôles des systèmes cellulaire et humoral (par exemple, les systèmes gastro-intestinaux et respiratoires) qui servent normalement de système de défense primaire (Buttram, 2008);

- *les hypothèses sur l'impact des multiples vaccinations précoces* sur le système immunitaire (Flanagan *et al.*, 2011; Hirte *et al.*, 2011), comme les différents mécanismes pouvant intervenir dans l'apparition de l'autoimmunité après vaccination et le doute de la capacité de l'organisme à « assimiler sans problème cette pression croissante d'antigènes étrangers au corps » (Gaublomme, 2003 : 63)¹²⁰. Certaines

¹¹⁹ Aux XIX^{ème}, XX^{ème} et XXI^{ème} siècles, des études épidémiologiques ont montré que les personnes ayant eu plusieurs épisodes de fièvre à un âge précoce avaient souvent moins de cancers à l'âge adulte (Albonico *et al.*, 1998; Engel, 1934; Hoffman, 1916; Hoption Cann *et al.*, 2006; Smith, 1957; West, 1966; Witzel, 1970; Wrotek *et al.*, 2009; Wynder *et al.*, 1969). En 1998, une étude stipule que le fait d'avoir des maladies infantiles avec fièvre (maladies infectieuses fébriles de l'enfance) permet une réduction comprise entre 5 % et 32 % de tous les cas de cancer, à l'exception du cancer du sein, avec une moyenne de 18 % (Albonico *et al.*, 1998). Certains travaux indiquent aussi que la fréquence des traitements médicaux chez les enfants sensibles aux infections, diminue de façon significative après qu'ils aient contracté une rougeole (Kummer, 1999). La manifestation de cette maladie infantile réduirait aussi le risque de la sclérose en plaques chez les adultes (Kesselring, 1990). Il semblerait même que les enfants des pays en voie de développement ayant eu la rougeole ou l'influenza sont moins sensibles aux infestations de parasites et au paludisme (Rooth, 1992).

¹²⁰ S'il est difficile de prouver le lien entre la vaccination et les maladies autoimmunes car un vaccin présente plutôt des problèmes différents selon ses victimes, en affaiblissant l'état immunitaire du patient faisant resurgir ses faiblesses (Jefferys, 2001), on peut toutefois parler de liens « accidentels » (Gaublomme, 2003).

données épidémiologiques soutiennent la relation entre la vaccination et les maladies allergiques (Alm *et al.*, 1999; Enriquez *et al.*, 2005; Farooqi et Hopkin, 1998; Hurwitz et Morgenstern, 2000; Kemp *et al.*, 1997; Laubereau *et al.*, 2002; Olesen *et al.*, 2003), des susceptibilités accrues aux infections bactériennes ou virales (Burmistrova *et al.*, 1976; Fisher *et al.*, 2001; Jaber *et al.*, 1988; Janjua *et al.*, 2010; Skowronski *et al.*, 2010, 2011; Smitherman *et al.*, 2005), des changements immunologiques (Akdis, 2004; Brewer *et al.*, 1999; Gupta *et al.*, 1995; Maggi, 1998; Neuzil *et al.*, 1997), des troubles du développement neurologique comme l'autisme et une inflammation intestinale chronique (Furlano *et al.*, 2001; Geier et Geier, 2003; Singh et Jensen, 2003; Torrente *et al.*, 2002; Uhlmann *et al.*, 2002; Wakefield *et al.*, 1998; Weibel *et al.*, 1998), ou encore les risques de déclenchement de maladies autoimmunes suite à la vaccination (Agmon-Levin *et al.*, 2009; Classen, 2014; Shoenfeld *et al.* 2000; Vial et Descotes, 2004) chez des sujets ayant une vulnérabilité génétique (Borchers *et al.*, 2002; Bradstreet, 2004; Hernan *et al.*, 2004; Ravel *et al.*, 2004; Wraith *et al.*, 2003);

- les hypothèses sur l'intolérance aux nouveaux vaccins conjugués (pentavalent, hexavalent) (Buttery *et al.*, 2005; Georget, 2009; Girard, 2004) avec l'augmentation d'effets secondaires chez les bébés (Albonico et Hirte, 2005; Aristegui *et al.*, 2003; GlaxoSmithKline, 2011; Manjit et Gupta, 2013; Mansoor et Pillans, 1997; Paul-Ehrlich-Institut, 2003). On note le caractère imprévisible de la réponse immunitaire à des antigènes de vaccins individuels lorsque plusieurs antigènes sont réunis dans les vaccins conjugués.

Certaines études ont démontré que la tolérance aux vaccins multiples semble diminuer lorsque des composants supplémentaires sont ajoutés pour faire les vaccins conjugués. Après l'arrivée de la combinaison DCT*Hib* (diphtérie-coqueluche-tétanos-haemophilus influenzae type b), on a remarqué qu'il y avait dix fois plus souvent de «cris stridents» ou cris encéphaliques (*shrill cry*), qu'avec la seule combinaison DCT (Albonico et Hirte, 2005 ; Mansoor et Pillans, 1997). En 2013, plusieurs effets secondaires dont 8 décès d'enfants ont été signalés entre septembre et octobre au Cachemire suite à l'introduction du vaccin pentavalent DCT-Hib-Hépatite B (Manjit et Gupta, 2013). On souligne également que le vaccin hexavalent (DTCPolio-Hib-Hépatite B) peut provoquer, en plus, des réactions locales, la fièvre, l'irritabilité, une perte d'appétit et la somnolence, plus fréquentes qu'avec le vaccin pentavalent DTCPolio-Hib (Aristegui *et al.*, 2003). À partir des données brutes de l'étude, ce qui a conduit à l'approbation d'Infanrixhexa (Hexavac en France), 12,5 % des personnes

vaccinées présentaient des signes de somnolence et la monographie du vaccin fait une mise en garde quant à la manifestation de « pleurs persistants [cris ou hurlements] et inconsolables durant > [plus de] 3 heures, dans les 48 heures suivant la vaccination » (GlaxoSmithKline, 2011 : 7). Le vaccin hexavalent a été pointé du doigt en 2003 comme étant apparemment la cause de seize morts et d'un signalement d'une mort subite inattendue chez deux enfants (Paul-Ehrlich-Institut, 2003). Mais l'Agence européenne de médecine EMEA recommande à l'automne 2003 de maintenir la vaccination en arguant, entre autres, qu'il n'y avait pas l'hypothèse d'un mécanisme pathogène biologiquement plausible qui pouvait sous-tendre les cas observés.

- Mais un autre phénomène peu connu, observé suite à la vaccination, est celui des *effets non spécifiques (ENS) sur la morbidité et la mortalité* suite à certaines maladies infectieuses subséquentes, non-liées au vaccin (Flanagan *et al.*, 2011; Kabir et Aaby, 2005). Les ENS se réfèrent à n'importe lequel des effets qui ne peut pas être expliqué par l'induction d'une immunité contre une maladie ciblée par la vaccination. Ces effets sont différents selon le sexe, étant généralement plus prononcés chez les filles que chez les garçons. Par exemple, des essais randomisés effectués en Afrique de l'Ouest et en Haïti ont révélé que l'utilisation d'un vaccin contre la rougeole (le HTMV) avait doublé la mortalité féminine chez les filles entre 4 mois et 5 ans, sans effets délétères correspondants chez les garçons (Aaby *et al.*, 2003), un effet observé plusieurs mois plus tard et chez les populations où était administré ensuite un vaccin DCT. La même chose a été observée sur des petites filles, avec l'introduction d'un vaccin DCT en Guinée-Bissau (Aaby *et al.*, 2004). Cependant, les ENS n'ont jamais été systématiquement mesurés en dépit du fait que des millions d'enfants reçoivent des vaccins chaque année. Puisque les efforts des États sont mis de l'avant pour tenter d'éliminer les MI par le biais de vastes programmes de vaccination, l'incidence relative des ENS des vaccins sur la mortalité est susceptible d'augmenter, ce qui soulève des questions importantes concernant l'avenir de certains calendriers de vaccination et de la multiplication vaccinale (Flanagan *et al.*, 2011).

C.3 Le questionnement sur le calendrier vaccinal

En effet, la question de la charge du calendrier de vaccination est un sujet complexe et controversé. Plusieurs préoccupations sont exprimées par différents auteurs. Classen (1996) a démontré que dans les études animales, le calendrier et le contenu des vaccins humains pouvaient affecter par exemple, le développement du diabète type 1, travaux contestés par DeStefano *et al.* (2001). Mais les données d'une large

cohorte d'enfants du Danemark sur 10 ans (1990 à 2000) ont confirmé les doutes de Classen (2008) d'une association entre les vaccins pédiatriques et un risque accru statistiquement significatif de diabète de type 1 dans la population générale. Il souligne que les essais cliniques des nouveaux vaccins humains ne sont pas conçus pour détecter des effets de la vaccination sur le développement de maladies telles que le diabète. L'étude canadienne de McDonald *et al.* (2008) a noté une association positive entre l'administration tardive du vaccin DCT (à 5 mois plutôt qu'à 2 mois) et un risque réduit de 50 % de l'asthme infantile. Bremner *et al.* (2005) a aussi documenté un risque réduit du rhume des foins chez les enfants ayant retardé l'achèvement de la troisième dose de la vaccination DTC. Le Québec a connu une épidémie de rougeole en 2011. Or, la majorité des personnes infectées avaient reçu les doses recommandées du vaccin¹²¹. L'hypothèse avancée est que le vaccin serait administré trop tôt, donc inefficace, car les très jeunes bébés bénéficient des anticorps reçus de leur mère *in utero* (De Serres *et al.*, 2012).

L'agenda vaccinal diffère selon les pays. On ne vaccine qu'à partir de 3 mois en Italie et en Finlande (INSPQ, 2011). Au Japon, on recommande 3 doses de DCT de 6 à 9 mois après la naissance mais la première dose ne peut être donnée avant 3 mois. Entre 1975 et 1988, le Japon ne vaccinait pas les enfants en bas de 2 ans. En 1982, la prévalence de l'asthme chez les enfants était de 3,2 % mais a augmenté à 6,5 % en 2002. Bien que le taux d'asthme au Japon ait doublé depuis 20 ans, ce taux demeure significativement inférieur à celui de l'Amérique du Nord (Laskar et Harada, 2005; Stott et Wakefield, 2011).

Le calendrier vaccinal n'est donc pas un objet fiable qui jouit d'un consensus scientifique (Hirte *et al.*, 2011; Ward, 2000). S'il est vrai, comme l'affirme le discours officiel, que la protection générée par les vaccins est un immense succès de la médecine et que les vaccinations ont empêché plus de décès que probablement toute autre mesure médicale entreprise jusqu'ici, certains croient, par contre, que la réduction des maladies de l'enfance pour plusieurs de la génération actuelle, peut entraîner plus de désavantages pour les générations à venir (Albonico et Hirte, 2005; Zinkernagel, 2003). Les réussites et les échecs de la vaccination démontrent que notre compréhension de la nature de la mémoire immunologique est incomplète et que les

¹²¹ Une « Opération rougeole » a été menée de novembre 2011 à juin 2012 dans l'ensemble des écoles de la province. À cette occasion, un fichier électronique provincial de vaccination (fichier V09) a été créé pour colliger l'ensemble des informations vaccinales contre la rougeole disponibles dans la province. Au départ de cette intervention de l'INSPQ, on comptait seulement 3,2 % de non-vaccinés pour la rougeole dans la population scolaire (www.inspq.qc.ca/publications/1926).

programmes actuels incluant autant de vaccinations compromettent génétiquement les générations actuelles et futures (Buttram, 2015). Selon Zinkernagel (2003), l'efficacité et l'impact des nombreux vaccins infantiles donnés à une ou deux générations ne sont pas encore établis.

C.4 Divers biais scientifiques observés dans la recherche sur la vaccination

Comme pour certains médicaments (Angell, 2005; Borch-Jacobsen, 2014; Goldacre, 2012; Gotzsche, 2013; Healy, 2012; Ioannidis, 2005; Silversides, 2008; Stamatakis *et al.*, 2013; Vera-Badillo *et al.*, 2013), les vaccins ne sont pas à l'abri des critiques sur les biais de publication de résultats des recherches comme celui du délai de parution des articles sur l'innocuité d'un vaccin (Albonico et Hirte, 2005; Girard, 2005; Jick et Kaye, 2004) et ceux qui anticipent des résultats sur les risques de la vaccination ou leur nocivité (Hernan *et al.*, 2003, 2004). Sans compter qu'il existe parfois une relation étroite entre des décideurs publics liés aux programmes de vaccination et l'industrie des vaccins comme nous en avons vu quelques exemples (Barry *et al.*, 2015; Girard, 2014; Jefferson *et al.*, 2009b; Morgan et Verkamp, 2016; Rail *et al.*, 2015).

Albonico et Hirte (2005) soulignent aussi certains biais scientifiques de la recherche sur la vaccination. D'abord, la rareté d'études indépendantes de l'industrie sur la vaccination indique que les conflits d'intérêts sont fréquents. Les effets secondaires sont définis par les pharmaceutiques et ces dernières participent aux articles publiés dans les revues scientifiques et à la rédaction de recommandations qui influenceront le calendrier de vaccination (Kohl *et al.*, 2003; Shnier *et al.*, 2016). Ensuite, les recherches n'examinent que l'efficacité à court terme, non pas les possibles effets éventuels individuels et épidémiologiques à long terme des programmes de vaccination (Girard, 2005). Même dans le contexte de l'approbation des nouveaux vaccins, les autorités n'exigent pas d'études comparatives entre cohortes vaccinées et non-vaccinées. Dans les 50 dernières années, la vaccination est étudiée par la science de façon plutôt unilatérale. Aussi, selon Albonico et Hirte (2005), les cohortes dans les études sont souvent trop petites et les études trop courtes dans le temps pour pouvoir découvrir les effets secondaires suivant la vaccination. Le système spontané de déclaration des cas suspects de réactions indésirables, en tant que méthode de surveillance post-commercialisation passive, est un mécanisme insuffisant pour le signalement des complications vaccinales (Girard, 2014; Keller-Stanislawski *et al.*, 2004; Klein *et al.*, 2010; Laidman, 2012; Weiber *et al.*, 2007).

C.5 Les études indépendantes sur les vaccinés/non vaccinés

Le profil des enfants non vaccinés est peu étudié et porte plutôt sur les mères « non vaccinantes » (CFES, 2000). Une enquête publiée aux États-Unis (Smith *et al.*, 2004) notait que, comparativement aux enfants complètement vaccinés, les enfants non vaccinés étaient plus susceptibles d'être non-hispaniques, blancs et de vivre dans des familles nombreuses. Les niveaux d'éducation, de revenu familial et d'autres facteurs ne différaient pas. Ces parents d'enfants non vaccinés exprimaient davantage leurs inquiétudes à propos de l'innocuité des vaccins et que les médecins avaient peu d'influence sur leur décision de vaccination pour leurs enfants. Par contre, le profil des enfants incomplètement vaccinés était nettement différent. Ces enfants avaient tendance à être afro-américains ou hispaniques, à avoir une mère plus jeune, souvent célibataire avec moins d'éducation que celles des enfants complètement vaccinés, à vivre dans une famille en-dessous du seuil de pauvreté et avaient déménagé à plusieurs reprises.

Au moins six études indépendantes de l'industrie effectuées en Allemagne (Kögel-Schauz, 2011), en Guinée-Bissau (Kristensen *et al.*, 2000), en Nouvelle-Zélande (Floch, 2011), aux Pays-Bas (EFVV, 2005; Marin Olmos, 2005), aux États-Unis (Mawson *et al.*, 2016) et en Suisse (Bachmair, 2013), ont démontré que les enfants n'ayant reçu aucun vaccin connaissent des taux nettement plus faibles de maladies ou troubles chroniques (asthme, rhume des foins, apnée, neurodermite, hyperactivité, autisme, problèmes de sommeil, de concentration, migraine, otites, sinusites, herpès, verrues, polypes et infections fongiques, épilepsie, maladies neurologiques et auto-immunes, problèmes de thyroïde) que les enfants ayant reçu l'ensemble des vaccins recommandés (Bachmair, 2011, 2012; EFVV, 2006; Kögel-Schauz, 2011; Kristensen *et al.*, 2000; Lajus, 2012).

La récente étude américaine de Mawson et ses collègues (2016) comparant la santé d'enfants vaccinés et non vaccinés âgés entre 6 et 12 ans (données recueillies auprès de 415 mères sur 666 enfants – 39 % non vaccinés, 31 % partiellement vaccinés et 30% complètement vaccinés), montrait que les enfants vaccinés avaient des taux plus élevés d'allergies, d'otites moyennes, de pneumonies, de troubles du développement neurologique que les non vaccinés, ainsi qu'une plus grande consommation de médicaments, de myringotomie (tubes dans les oreilles) et d'hospitalisations.

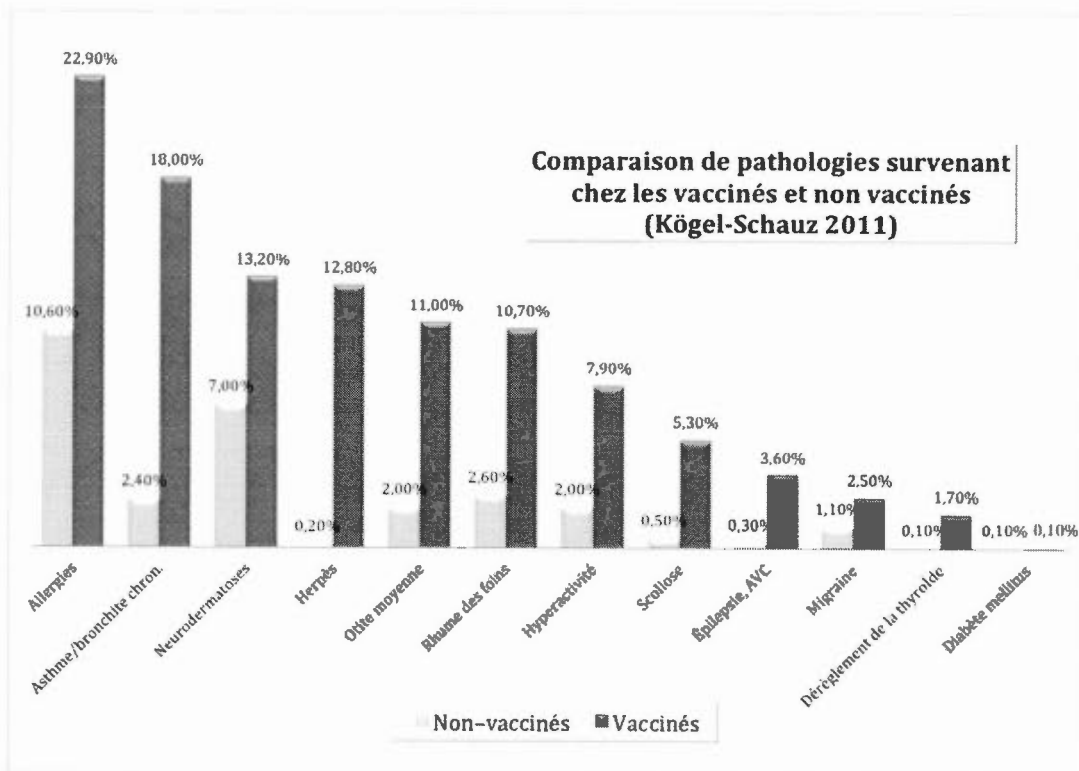
Une de ces études indépendantes controversées, très surprenante, est celle de Kögel-Schauz (2011), mathématicienne, qui a comparé une population d'enfants vaccinés et non-vaccinés en Allemagne à partir des données d'une vaste enquête allemande appelée KIGGS sur la santé physique et mentale de 17 641 enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans. Cette enquête fut réalisée par un établissement allemand de santé publique, l'Institut Robert Koch, entre mai 2003 et mai 2006, dont les données brutes étaient mises à la disposition du public (Kögel-Schauz, 2011). Les résultats indiquent que les enfants des pays industrialisés non vaccinés sont à tout point de vue en meilleure santé que les vaccinés.

Bien sûr, on peut se questionner sur le profil des enfants non vaccinés mais les résultats similaires des études de Kögel-Schauz (2011), de celle de Nouvelle-Zélande¹²² (Floch, 2011) et des Pays-Bas¹²³ (EFVV, 2006) sont tout de même troublants.

¹²² L'étude de Nouvelle-Zélande, menée en 1992, a été réalisée par la Immunization Awareness Society (IAS) et portait sur 495 enfants âgés entre 2 semaines et 46 mois dont 226 vaccinés et 269 non vaccinés (Claridge, 2006; Floch, 2011), sans différence entre les enfants allaités ou non et comparait, entre autres, certaines pathologies survenant dans chacune de ces populations.

¹²³ Une enquête de l'association néerlandaise NVKP (une association indépendante de l'industrie composée de praticiens-nes et de parents soucieux de la liberté de choix et de l'indépendance des recherches sur la vaccination) a été effectuée en 2004 auprès des parents de 635 enfants. Les résultats ont démontré que les enfants vaccinés avaient eu deux fois plus de consultations médicales et d'admissions à l'hôpital que les non vaccinés; avaient eu plus de troubles du sommeil, de douleurs rhumatismales, de problèmes ORL, avaient reçu trois fois plus d'antibiotiques que les enfants non vaccinés et avaient subi l'ablation des amygdales cinq fois plus souvent (EFVV, 2005; Marin Olmos, 2005).

Données de l'étude allemande de Kögel-Schauz (2011)¹²⁴



Une étude indépendante suisse est en cours depuis 2010, sur 12 583 personnes dont 11 940 sont âgées de 0 à 18 ans (les 0-2 ans représentent 4 990 enfants). Il s'agit d'un questionnaire via internet qui couvre 26 pays. Les résultats préliminaires rejoignent en partie ceux de Kögel-Schauz. Par exemple, la prévalence de l'asthme ou du rhume des foins dans l'étude suisse chez les enfants non vaccinés est de 2,5 %, alors qu'elle représente près de 12 % dans la population générale¹²⁵ (Bachmair, 2011).

C.6 Les études sur l'efficacité des vaccins

L'argument largement répandu selon lequel la résurgence de vagues de maladies infantiles est attribuable aux populations d'enfants faiblement vaccinés ou non vaccinés, est remis en doute par les données de plusieurs études sur l'efficacité des

¹²⁴ Kögel-Schauz, A. (2011). « Ungeimpfte Kinder sind gesünder », *Interessengemeinschaft EFI – Eltern für Impfaufklärung*, 6 p. www.efi-online.de

¹²⁵ Voir <http://www.vaccineinjury.info/survey/results-unvaccinated>

vaccins. On note en effet plusieurs exemples de telles éclosions chez des populations hautement vaccinées (Ammari *et al.*, 1993; Atrasheuskaya *et al.*, 2008; Boulianne *et al.*, 1991; Deeks *et al.*, 2011; Gustafson *et al.*, 1987; Groll et Thomson, 2006; Matthias *et al.*, 2016; Mooi *et al.*, 2014; Park *et al.*, 2007). Que ce soit en Corée, en Russie, en Australie, en Allemagne, en République Tchèque, en Thaïlande (Gonwong *et al.*, 2016), aux Pays-Bas (Brockhoff *et al.*, 2010), en Ontario (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Deeks *et al.*, 2011; Orlikova *et al.*, 2016; Park *et al.*, 2007; Parker Fiebelkorn *et al.*, 2013; Sheridan *et al.*, 2012) ou au Québec (Boulianne *et al.*, 1991; Daoust-Boisvert, 2011; De Serres *et al.*, 2013), l'argument d'une couverture vaccinale incomplète ne peut pas être une explication valable pour toutes ces situations. Il circule dans la communauté scientifique plusieurs théories pour tenter d'expliquer ce phénomène.

Certains-nes attribuent l'échec vaccinal à la susceptibilité des individus et à l'âge auquel les enfants sont vaccinés, proposant de retarder la première dose (De Serres *et al.*, 1995; De Serres *et al.*, 2012; De Serres *et al.*, 2013; Defay *et al.*, 2013). Ou encore à des souches rapportées lors de voyages (Nestibo *et al.*, 2012) ou celles liées à l'excrétion vaccinale se retrouvant dans l'environnement¹²⁶ (délestage ou *shedding*) (Kaic *et al.*, 2010; Murti *et al.*, 2013; Nestibo *et al.*, 2012). En 2010, on détecte une forme nouvelle du virus Polio au Tajikistan et en Inde (WHO, 2010), et en 2013, dans une région du sud d'Israël (Dornberg, 2013; ECDC, 2013). Schubert et ses collaboratrices (2016) ont publié deux cas d'infection de Poliovirus dérivé du vaccin, dans un service d'oncologie. Même chose après la vaccination rougeole en Croatie et au Canada (Kaic *et al.*, 2010; Murti *et al.*, 2013; Nestibo *et al.*, 2012) où on a détecté des cas de rougeole due à l'excrétion vaccinale dans l'environnement. En effet, le phénomène de transmission et de délestage d'infection par un vaccin comme pour l'infection rougeoleuse propagée par le vaccin ROR (Rota *et al.*, 1995) ou par le vaccin RotaTeq (Payne *et al.*, 2010) est connu depuis des décennies (Fisher, 2014). De plus, des rapports de changements génétiques dans le pertussis B. circulant, ont soulevé des inquiétudes à l'effet que ce virus pourrait s'adapter à l'immunité induite

¹²⁶ « L'excrétion [shedding] de la souche Schwarz du vaccin contre la rougeole chez un enfant qui a développé une maladie éruptive fébrile huit jours après la primo-vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Des prélèvements de gorge et les échantillons d'urine ont été prélevés sur le cinquième et le sixième jour de la maladie, respectivement. Le génotypage a démontré la souche vaccinale de la rougeole de Schwarz (génotype A). Si la rougeole et la rubéole n'avaient pas été sous surveillance en Croatie, le cas aurait été soit erronément rapporté comme la rubéole ou pas du tout reconnu » (Kaic *et al.*, 2010 : 1).

par le vaccin (Mathias *et al.*, 2016; Mooi *et al.*, 2014). On évoque aussi le fait que les personnes vaccinées ayant été infectées malgré l'efficacité d'un vaccin serait expliqué par le degré de transmissibilité de l'agent pathogène (van Boven *et al.*, 2010).

Enfin, une hypothèse soulevée par une enquête sérologique faite aux Pays-Bas, serait que les enfants de mères vaccinées contre la rougeole, par exemple, ont de plus faibles concentrations d'anticorps maternels et perdent la protection par les anticorps maternels à un âge plus précoce que les enfants de mères non vaccinées (Waaijenborg *et al.*, 2013). Certains-nes suggèrent comme solution à l'échec vaccinal, des stratégies de revaccination avec une troisième dose malgré l'absence d'effet significatif (Muscat, 2011; Yuan, 1994). Mais d'autres encore pointent du doigt justement le manque de durabilité de la réponse immunitaire chez les adolescents et les jeunes adultes revaccinés (Ammari *et al.*, 1993; Cohn *et al.*, 1994), tout en soulignant que malgré les éclosions de MI chez ces vaccinés, certaines complications peuvent être évitées (Orlikova *et al.*, 2016). Il ne semble donc pas y avoir de consensus au sujet des éclosions de rougeole ou autres maladies infectieuses chez les populations hautement vaccinées. Dans ces cas, on ne peut donc parler d'éradication.

Enfin, de très nombreux travaux ont aussi été effectués sur l'efficacité du vaccin contre l'influenza (Jefferson, 2009; Osterholm *et al.*, 2012) concluant à l'absence de preuve de son efficacité (Jefferson *et al.*, 2009) autant chez les enfants (Jefferson *et al.*, 2005; Jefferson *et al.*, 2008; Jefferson *et al.*, 2012), même chez les enfants¹²⁷ ou adultes malades (asthme ou bronchite) (Bueving *et al.*, 2004; Cates *et al.*, 2000; Chang *et al.*, 2007; Dharmaraj et Smyth, 2009; Goossen *et al.*, 2009; Joshi *et al.*, 2012; Poole *et al.*, 2006), chez les personnes âgées (Baxter *et al.*, 2010; Brookhart et McGrath, 2012; Jefferson *et al.*, 2005b; Jefferson et Demicheli, 2007; Osterholm *et al.*, 2012), chez les adolescents et les adultes en bonne santé (Demicheli *et al.*, 2007; Jefferson, 2009; Jefferson *et al.*, 2010) que chez les PDLS. La récente étude du *Cochrane* (Jefferson et Lasserson, 2016 : 1) n'a « pas identifié de preuves concluantes d'un bénéfice des programmes de vaccination des [PDLS] sur les critères de jugement spécifiques de la grippe confirmée en laboratoire, de ses complications (l'infection des voies respiratoires inférieures, l'hospitalisation ou le décès dû à une maladie des voies respiratoires inférieures), ou de la mortalité (...) chez les personnes de plus de 60 ans qui vivent dans des établissements de soins ».

¹²⁷ Joshi *et al* (2012) ont démontré que le vaccin trivalent inactivé contre la grippe ne fournit aucune protection contre les hospitalisations chez les sujets pédiatriques, en particulier les enfants souffrant d'asthme. Au contraire, ils ont trouvé un risque trois fois plus élevé d'hospitalisation chez les vaccinés.

ANNEXE D - Étude de Miller et Goldman

Comparaison : nombre de doses de vaccin et taux de mortalité infantile

Tableau 1 Taux de mortalité infantile / Tableau 2 Calendriers de vaccinations mondial

Rank	Country	IMR	Nation	Vaccines prior to one year of age	Total ^a doses	Group (range of doses)
1	Singapore	2.31	Sweden	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	1 (12-14)
2	Sweden	2.75	Japan	DTaP (3), Polio (2), BCG	12	
3	Japan	2.79	Iceland	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), MenC (2)	12	
4	Iceland	3.23	Norway	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	
5	France	3.33	Denmark	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	2 (15-17)
6	Finland	3.47	Finland	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Rota (3)	13	
7	Norway	3.58	Malta	DTaP (3), Polio (3), Hib (3)	15	
8	Malta	3.75	Slovenia	DTaP (3), Polio (3), Hib (3)	15	
9	Andorra	3.76	South Korea	DTaP (3), Polio (3), HepB (3)	15	3 (18-20)
10	Czech Republic	3.79	Singapore	DTaP (3), Polio (3), HepB (3), BCG, Flu	17	
11	Germany	3.99	New Zealand	DTaP (3), Polio (3), Hib (2), HepB (3)	17	
12	Switzerland	4.18	Germany	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	
13	Spain	4.21	Switzerland	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	4 (21-23)
14	Israel	4.22	Israel	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	
15	Liechtenstein	4.25	Liechtenstein ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	
16	Slovenia	4.25	Italy	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	
17	South Korea	4.26	San Marino ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	5 (24-26)
18	Denmark	4.34	France	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (2), HepB (2)	19	
19	Austria	4.42	Czech Republic	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), BCG	19	
20	Belgium	4.44	Belgium	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (2)	19	
21	Luxembourg	4.56	United Kingdom	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (2), MenC (2)	19	6 (27-29)
22	Netherlands	4.73	Spain	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), MenC (2)	20	
23	Australia	4.75	Portugal	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), MenC (2), BCG	21	
24	Portugal	4.78	Luxembourg	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (2), Pneumo (3), Rota (3)	22	
25	United Kingdom	4.85	Cuba	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (4), MenBC (2), BCG	22	7 (30-32)
26	New Zealand	4.92	Andorra ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2)	23	
27	Monaco	5.00	Austria	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), Rota (2)	23	
28	Canada	5.04	Ireland	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (2), MenC (2), BCG	23	
29	Ireland	5.05	Greece	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2)	23	8 (33-35)
30	Greece	5.16	Monaco ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), HepA, BCG	23	
31	Italy	5.51	Netherlands	DTaP (4), Polio (4), Hib (4), Pneumo (4)	24	
32	San Marino	5.53	Canada	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2), Flu	24	
33	Cuba	5.82	Australia	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (4), Pneumo (3), Rota (2)	24	9 (36-38)
34	United States	6.22	United States	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), Rota (3), Flu (2)	26	

^a These four nations were excluded from the analysis because they had fewer than five infant deaths.

^b DTaP is administered as a single shot but contains three separate vaccines (for diphtheria, tetanus, and pertussis). Thus, DTaP given three times in infancy is equivalent to nine vaccine doses. Immunization schedules are for 2008-2009.^{9,10}

Miller NZ. et GS. Goldman (2011). « Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given : Is there a biochemical or synergistic toxicity ? », *Human and Experimental Toxicology*, 30 (9) : 1420-1428.

ANNEXE E - Grille d'entrevue

Vaccination infantile et discours hétérodoxes : étude sur le savoir interdit d'infirmières, de médecins, d'homéopathes et de sages-femmes

1. Vous avez déjà exprimé des inquiétudes face au calendrier de vaccinations des enfants. Pourquoi / en quoi êtes-vous inquiète ou critique face à cela ?
2.
 - a) Comment êtes-vous arrivée à être inquiète ou critique face à la vaccination (expérience, lecture, etc) ? Qu'est-ce qui a eu une influence sur votre opinion concernant la vaccination ? Quels types de préoccupations avez-vous (certains vaccins ou tous; comme professionnelle, comme parent) ? Qu'est-ce qui motive votre prise de position (dangers, sécurité, effets secondaires à long terme, charge du calendrier vaccinale infantile, connaissances alternatives) ? Avez-vous des exemples?
 - b) Quels sont les raisons/types d'éléments de preuves que vous utilisez pour arriver à ces critiques et à des décisions dans votre pratique clinique (aussi pour vous-même et pour votre famille) (expérimentation/essais cliniques, monographies, points de vue alternatifs d'experts-tes) ?
3. Quelle est votre expérience
 - a) professionnelle et
 - b) personnelle de la vaccination infantile ?
 - a) Que faites-vous face à la vaccination, qu'offrez-vous ? Est-ce que les parents ont des demandes particulières ? Comment vivez-vous cette responsabilité ? Connaissez-vous des alternatives possibles ?
 - b) Suivez-vous, pour vous-même ou vos proches, les conseils de vaccination que vous devez donner aux patients? Pour la grippe ? Pour les femmes enceintes ? Pour les rappels ?

5- Avez-vous parlé ouvertement de vos doutes ? Si vos inquiétudes au sujet de la vaccination des enfants est un sujet que vous abordez dans votre milieu, avec vos proches (collègues, familles, amis-es) comment êtes-vous reçue ? Que vivez-vous (difficultés et obstacles) dans votre milieu de travail si vous êtes critique face à la vaccination ? Pouvez-vous en parler librement ?

6- Quels seraient vos besoins, en tant que professionnelle de la santé, pour pouvoir améliorer cette situation ? Avez-vous des suggestions face à une amélioration des programmes de vaccination infantile?

7- Selon vous, quelles ont été les idées les plus importantes formulées lors de cette entrevue ?

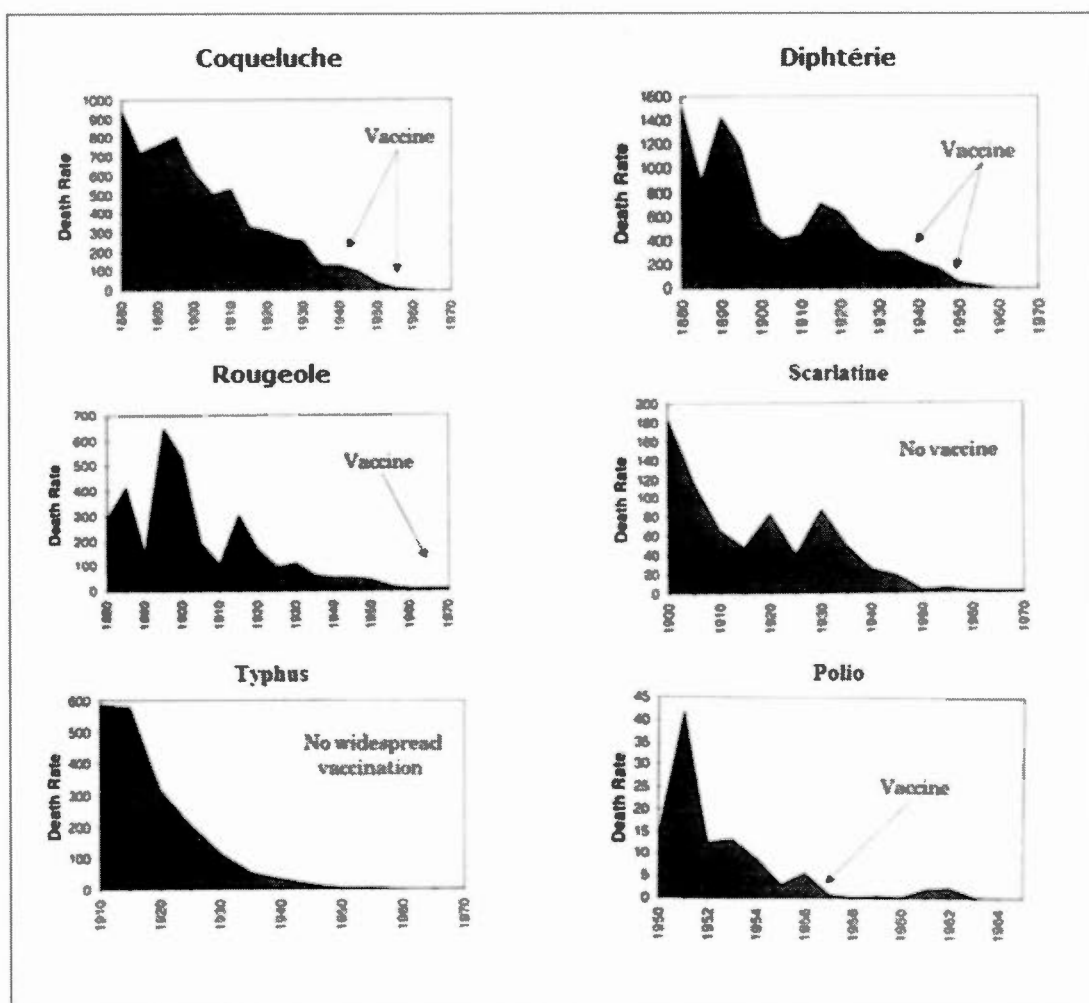
ANNEXE F - Tableau du profil des participantes

code	Âge	scol	Inf	SF	Homéo	Méd	Années exp	Origine	région
1H	60	Études sup			X		35	Europe	Chaudière-Appalaches
2H	68	Études Supér 2		x	X		30	Europe	Bas-St-Laurent
3M	60	Études Supér 3			x	X	33	Québec	Montréal
4I	68	Études Supér 3	X				30	Québec	Québec
5SF	64	Études Supér 3	x	X			30	Québec	Rive-Sud
6H	52	Études collég			X		27	Québec	Montréal
7I	63	Études Supér 3	X				23	Québec	Québec
8SF	44	Études Supér 1		X			12	Afrique	Laurentides
9I	52	Études collég	X				22	Québec	Laurentides
10SF	56	Études Supér 1		X			21	Québec	Mauricie
11M	62	Études Supér 3				X	35	Québec	Montréal
12H	69	Études Supér 1	X		x		35	Québec	Québec
13M	56	Études Supér 3				X	7	Europe	Montréal

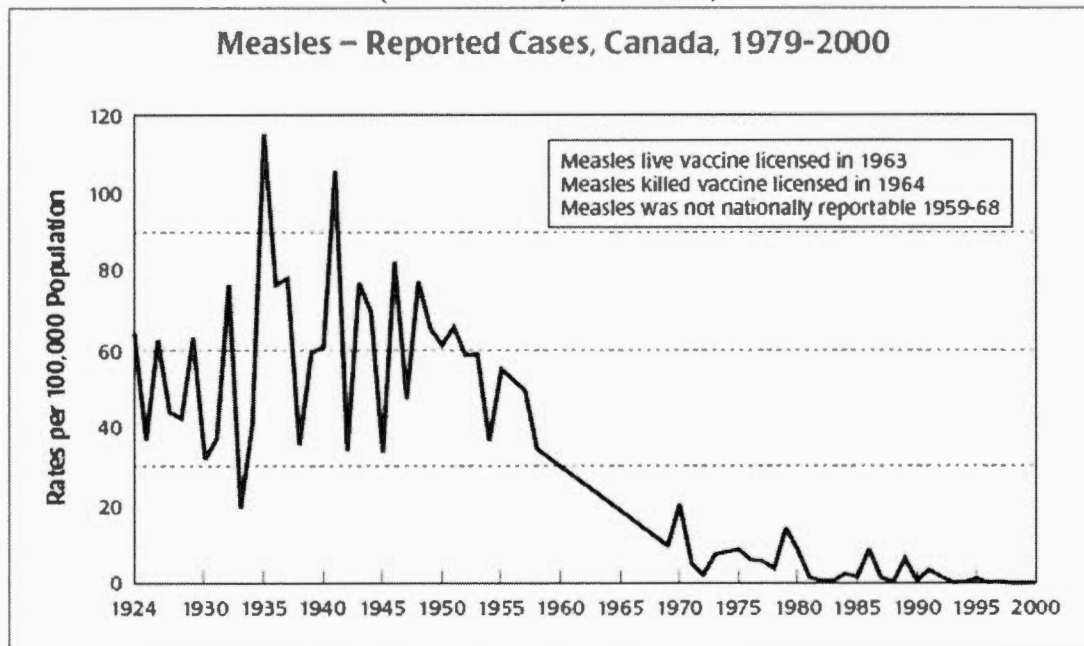
X activité professionnelle principale x activité professionnelle secondaire ou passée

ANNEXE G - Taux de mortalité de maladies infectieuses et vaccination

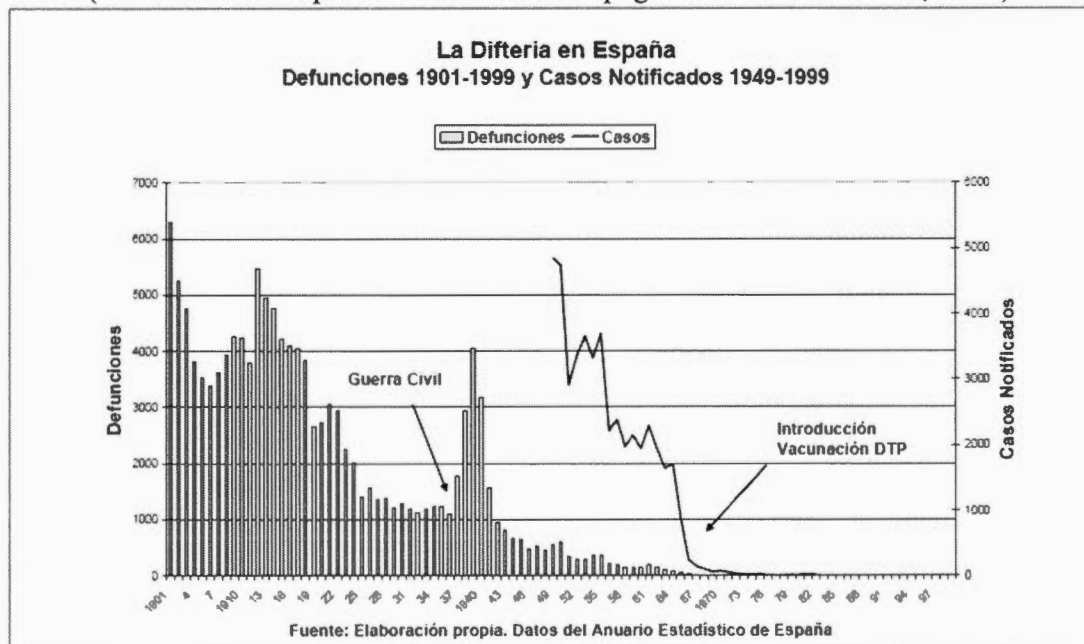
Taux de mortalité officiels de six maladies infectieuses et comparaison avec l'introduction de la vaccination, enregistrés dans le *Official Year Books of the Commonwealth of Australia* (dans Beattie, 1997) semblaient a ceux, par exemple, en Grande Bretagne, aux États-Unis (McKinlay et McKinlay, 1977), en Espagne (Marin Olmos, 2005) ou ailleurs.



Taux de mortalité officiels enregistrés pour la rougeole au Canada (1924-2000)
(Santé Canada, 2002 : 143)



Taux de mortalité officiels enregistrés pour la diphtérie en Espagne (1901-1999)
(Annuaire statistique des données de l'Espagne dans Marin Olmos, 2005)



BIBLIOGRAPHIE

- Aaby, P. *et al.* (1993). « Long-term survival after Edmonston-Zagreb measles vaccination in Guinea-Bissau : Increased female mortality rate », *The Journal of Pediatrics*, 122 (6) : 904-908.
- Aaby, P. *et al.* (2000). « Routine vaccinations and child survival : follow up study in Guinea-Bissau, West Africa », *BMJ*, 321 :1435-1438.
- Aaby, P. *et al.* (2003). « Differences in female–male mortality after high-titre measles vaccine and association with subsequent vaccination with diphtheria–tetanus–pertussis and inactivated poliovirus : reanalysis of West African studies », *Lancet*, 361 (9376) : 2183–2188.
- Aaby, P. *et al.* (2004). « The introduction of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine and child mortality in rural Guinea-Bissau: an observational study », *Int J Epidemiol*, 33 (2) : 374-380.
- Aagaard, L. *et al.* (2011). « Adverse drug reactions following immunization in Danish children : retrospective analysis of spontaneous reports submitted to the Danish Medicines Agency », *Eur J Clin Pharmacol*, 67 (3) : 283-288.
- Abraham, J. (1995). *Science, Politics and the pharmaceutical industry : Controversy and bias in drug regulation*, London, Routledge, 320 p.
- Abraham, J. et G. Lewis (2000). *Regulating Medicines in Europe : Competition, expertise and public health*, London, Routledge, 256 p.
- Abraham, J. et R. Ballinger (2012). « The neoliberal regulatory state, industry interests, and the logical penetration of scientific knowledge : Deconstructing the redefinition of carcinogens in pharmaceuticals », *Science, Technology, & Human Values*, 37 (5) : 443-477.
- Abraham, J. et C. Davis (2013). *Unhealthy pharmaceutical regulation : Innovation, politics and promissory science*, New York, Palgrave Macmillan, 336 p.
- Adler, UC. (1996). « Vaccination and a link with homoeopathy », *British Homoeopathic Journal*, 85 : 40-41.

- Agence de la Santé Publique du Canada (2007). « Thimerosal : Updated statement », *Canada Communicable Disease Report*, 33 (ACS-6) : 1-11. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/acs-06/index-eng.php>
- Agence de la Santé Publique du Canada (2013). *Guide Canadien d'immunisation. Partie 1 Information clé sur l'immunisation. Immunologie et vaccinologie de base*, www.santepublique.gc.ca
- Agence de la Santé Publique du Canada (2014). « Déclaration de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) à la suite d'une immunisation au Canada », *Guide de l'utilisateur pour remplir et soumettre les rapports de déclaration de MCI*, Groupe de travail sur la vaccinovigilance et l'Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Agence de la Santé Publique du Canada (2014b). « Le programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) : Surveillance active des effets secondaires suivant l'immunisation et des maladies évitables par la vaccination », *RMTC*, 14 (40) : S-3, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/>
- Agence de la Santé Publique du Canada (2015). « Système canadien de surveillance des effets secondaires suivant l'immunisation », <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Agmon-Levin, N. *et al.* (2009). « Vaccines and autoimmunity », *Nature Reviews Rheumatology*, 5 : 648-652.
- Agmon-Levin, N. *et al.* (2009b). « Ten cases of systemic lupus erythematosus related to hepatitis B vaccine », *Lupus*, 18 : 1192-1197.
- AIIC (Association des infirmières et infirmiers du Canada), (2001). « Vaccination : ce que l'infirmière doit savoir ! », *Zoom sur les Soins Infirmiers*, 12 : 4.
- Akdis, M. *et al.* (2004). « Immune responses in healthy and allergic individuals are characterized by a fine balance between allergen-specific T regulatory 1 and T helper 2 cells, *J Exp Med*, 199 (11) : 1567-1575.
- Akom, E. et S. Venne (2002). « L'infection au virus du papillome humain (VPH) », Institut national de santé publique du Québec, Québec, 157 p. <http://www.inspq.qc.ca>
- Alarie, M. *et al.* (2015). « Une prise de décision irresponsable ! », *Le Devoir*, 8 octobre 2015, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/>

- Alberani, V. *et al.* (1990), « The use of grey literature in health sciences : A preliminary survey », *Bulletin of the Medical Library Association*, 78 (4) : 358-363.
- Albert, MN. et MJ. Avenier (2011). « Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens », *Recherches Qualitatives*, 30 (2) : 22-47.
- Albillo, JM. (1997). « Dos observaciones clínicas graves de efectos adversos a las vacunas », *Natura Medicatrix*, 46-47 : 72-76.
- Albonico, HU. *et al.* (1998). « Febrile infectious childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls », *Medical Hypotheses*, 51 (4) : 315-320.
- Albonico, HU. *et al.* (1998b). « Febrile infectious childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls », *Med Hypotheses*, 51 (4) : 315-320.
- Albonico, HU et M. Hirte (2005). « Impfungen – ein weiterhin ungelöstes Problem (Vaccination – un problème toujours non résolu) », *Bulletin des Médecins Suisses*, 86 (20) : 1202-1215.
- Allen, A. (2007). *Vaccine. The controversial story of medicine's greatest lifesaver*, New York, WW. Norton Publishers, 512 p.
- Alm, JS. *et al.* (1999). « Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle », *The Lancet*, 353 (9163) : 1485-1488.
- Al-Tawfiq, JA. *et al.* (2009). « Attitudes toward influenza vaccination of multinationality health-care workers in Saudi Arabia », *Vaccine*, 27 : 5538-5542.
- Altman, LK. (1988). « US moves to improve death certificate », *New York Times*, october 18, 1988.
- Ammari, LK. *et al.* (1993). « Secondary measles vaccine failure in healthcare workers exposed to infected patients », *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 14 (2) : 81-86.
- André, F. (2003). « Vaccinology : past achievements, present roadblocks and future promises », *Vaccine*, 21 : 593-595.
- André, F. *et al.* (2008). « Vaccination greatly reduces disease disability, death and inequity », *Bulletin of the World Health Organization*, 86 : 140-146.

- Angell, M. (2005). *The truth about the drug companies : How they deceive us and what to do about it*, New York, Random House Trade, 352 p.
- Angell, M. (2009). « Drug companies and doctors : A story of corruption », *The New York Review of Books*, 56 (1) : 1-8.
- Angenot, M. (1989). « Hégémonie, dissidence et contre-discours : réflexions sur les périphéries du discours social en 1889 », *Études Littéraires*, 22 (2) : 11-24.
- Appelbaum, K. (2006). « Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer », *PlosMedicine*, 3 (4) : 445- 447.
- Appleton, JV. et L. King (2002). « Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research », *Journal of Advanced Nursing*, 40 (6) : 641-648.
- Archambault, H. (2016). « Le programme de vaccination contre la grippe remis en question », *Journal de Montréal*, mardi, 27 septembre 2016, <http://www.journaldemontreal.com/>
- Aristegui, J. *et al.* (2003). « Comparison of the reactogenicity and immunogenicity of a combined diphtheria, tetanus, acellular pertussis, hepatitis B, inactivated polio (DTPa-HBV-IPV) vaccine, mixed with the Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccine and administered as a single injection, with the DTPa-IPV/Hib and hepatitis B vaccines administered in two simultaneous injections to infants at 2, 4 and 6 months of age », *Vaccine*, 21(25-26) : 3593-600.
- Asberg, C. et L. Birke (2010). « Biology is a feminist issue : Interview with Lynda Birke », *European Journal of Women's Studies*, 17 (4) : 413-423.
- Askelson, NM. *et al.* (2010). « Factors related to physicians' willingness to vaccinate girls against HPV : The importance of subjective norms and perceived behavioral control », *Women & Health*, 50 : 144-158.
- Askew, GL. *et al.* (1995) « Beliefs and practices regarding childhood vaccination among urban pediatric providers in New Jersey. », *Pediatrics*, 96 : 889-892.
- Assemblée Législative de l'Ontario (2007). *Projet de loi 171. Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois*, <http://www.ontla.on.ca>
- Association des pédiatres du Québec (1992). *Rapport du comité d'évaluation des médecines dites alternatives*.

- Atkinson, R. et J. Flint (2001). « Accessing hidden and hard-to-reach populations : Snowball research strategies », *Social Science Update*, 28 (1) : 93-108.
- Atrasheuskaya, AV. *et al.* (2008). « Measles cases in highly vaccinated population of Novosibirsk, Russia, 2000—2005 », *Vaccine*, 26 : 2111-2118.
- Auger, CP. (1998). *Information Sources in Grey Literature*, 4th ed., London, KG Saur, 177 p.
- Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, 180 p.
- Aylward, B. *et al.* (2000). « When is a disease eradicable ? 100 years of lessons learned », *American Journal of Public Health*, 90 (10) : 1515-1520.
- Bachelard, G. (2000). *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 304 p.
- Bachmair, A. (2011). « State of health of unvaccinated children », *Survey on the state of health of unvaccinated and vaccinated children*, www.vaccineinjury.info/vaccinations-in-general/health-unvaccinatedchildren.html
- Bachmair, A. (2012). *Vaccine free. 111 stories of unvaccinated children*, CreateSpace Independent Publishing Platform, 155 p. www.vaccinefree.info
- Bail, JN. *et al.* (2008). *Vaccination : enjeux de santé publique et perspectives économiques*, Paris, John Libbey, 128 p.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- Bandyopadhyay, B. *et al.* (2010). « Decreased intensity of Japanese Encephalitis virus infection in chick chorioallantoic membrane under influence of ultradiluted Belladonna extract », *American Journal of Infectious Diseases*, 6 (2) : 24-28.
- Baraff, LJ. *et al.* (1983). « Possible temporal association between diphtheria-tetanus toxoid-pertussis vaccination and sudden infant death syndrome », *Pediatr Infect Dis*, 2 : 7-11.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*, (11^{ème} éd, 2003), Paris, Presses Universitaires de France, 291 p.

- Baril, D. (2011). « Les conflits d'intérêts exigent la transparence », *Journal Forum UdeMnouvelles*, 25 avril 2011, <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20110425-les-conflits-dinter-ts-exigent-la-transparence/>
- Barnes, B. *et al.* (1996). *Scientific knowledge : A sociological analysis*, London, University Of Chicago Press, 244 p.
- Baron, G. *et al.* (2001). « Vaccination practices of Quebec family physicians », *Can Fam Physician*, 47 : 2261-2266.
- Barrett, S. (2004). « Eradication versus control : the economics of global infectious disease policies », *Bulletin of the World Health Organization*, 82 : (9) : 683-688.
- Barry, K. (2015). *Vaccine whistleblower : Exposing autism research fraud at the CDC*, New York, Skyhorse Publishing, 176 p.
- Bastide, M. (1998). « Information and communication in living organisms », dans Schultze J. et PC. Endler (eds). (1998). *Fundamental Research in Ultra High Dilution and Homeopathy*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, Boston, London, pp. 229-239.
- Bastide, M. (2000). « Immunologie et Globalité », *Esculape*, 21 : 19-33.
- Bastide, M. (2003). « La logique de la vaccination », Groupe International de Recherche sur l'Infinitésimal, <http://www.giriweb.com>
- Bastide, M. (2004). « Déterminisme génétique et de l'environnement en homéopathie », Conférence donnée au Congrès de la Fédération Nationale des Sociétés Médicales Homéopathiques de France (FNSMHF), Besançon 10-12 Juin 2004. <http://www.homeopathie-medecale.fr>
- Bastide, M. et A. Lagache (1997). « Unité du savoir, pluralité des méthodes : introduction à la compréhension de l'homéopathie », *Revue AESCULAPE, Revue Internationale des Médecines non conventionnelles*, 9 : 2-12.
- Bätzdorf, Dr. (1834). « Vaccinin », *Allgemeine Homöopathische Zeitung*, 3 (19) : 149.
- Baur, J. (1982). « *Sarracenia purpurea* », traduction de l'article de Hlae de 1963, *Cahiers du Groupement Hahnemannien du Dr. P. Schmidt*, 19 (8) : 351-361.

- Baxter, R. *et al.* (2010). « Evidence of Bias in Studies of Influenza Vaccine Effectiveness in Elderly Patients », *J Infect Dis*, 201 (2) : 186-189.
- Bazelay, P. (2007). *Qualitative data analysis with Nvivo*, London, Sage Publications, 217 p.
- BDL (Banque de dépannage linguistique) (2002). « Le vocabulaire. Nuances sémantiques », Office québécoise de la langue française, <http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/>
- Beattie, G. (1997). *Vaccination : A parent's dilemma*, Oracle Press, 144 p.
- Beattie, M. (1985). « Recherche féministe : recherche novatrice », dans Deslauriers, JP. (dir) (1988). *La recherche qualitative : résurgence et convergence*, Chicoutimi, GRIR, pp. 133-141.
- Beaulieu, A. (dir) (2005). *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 324 p.
- Beauregard, M. et M. De Konick (1991). « Savoir occulté, soins ignorés, institutions à redéfinir : un programme de recherches féministes en santé des femmes », *Recherches Féministes*, 4 (1) : 1-10.
- Beck, AH. (2004). « The Flexner Report and the standardization of American medical education », *JAMA*, 291 (17) : 2139-2140.
- Beck, U. (2003). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion-Champs, 522 p.
- Bedford, H. et D. Elliman (2000). « Concerns about immunisation », *BMJ*, 320 : 240-243.
- Beguin, A. *et al.* (2016). *Effets secondaires : le scandale français*, Paris, FIRST Éditions, 400 p.
- Beguin, C. *et al.* (1998). « Health Care Workers : Vectors of Influenza Virus ? Low Vaccination rate among hospital health care workers », *American Journal of Medical Quality*, 13 (4) : 223-227.
- Bell, IR. *et al.* (2002). « Integrative Medicine and systemic outcomes research. Issues in the emergence of a new model for primary health care », *Arch Intern Med*, 162 : 133-140.

- Bell, IR. et M. Koithan (2006). « Models for study of Whole Systems », *Integr Cancer Ther*, 5 (4) : 293-307.
- Bell Barnett, K. (2012). *Dosed: The medication generation grows up*, Boston, Beacon Press, 256 p.
- Bellavite, P. et A. Signorini (2002). *The emerging science of homeopathy. Complexity, biodynamics and nanopharmacology*, Berkeley, North Atlantic Books, 408 p.
- Benin, AL. *et al.* (2006). « Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants : the importance of trust », *Pediatrics*, 117 (5) : 1532-1541.
- Bensouda-Grimaldi, L. *et al.* (2007). « Suivi de pharmacovigilance du vaccin Prevenar », *Archives de Pédiatrie*, 14 : 870-874.
- Bergeron, L. *et al.* (2010). « Grippe A (H1N1) : l'OMS au banc des accusés », *Protégez-vous.ca*, février 2010, <http://www.protegez-vous.ca>
- Berlinger, N. (2008). « Beach blanket bioethics : A novel remedy for vaccination refusal », *Bioethics Forum, The Hastings Center*, <http://www.thehastingscenter.org/bioethicsforum>
- Berliner, H. (1976). « A larger perspective on the Flexner Report », *International Journal of Health Services*, vol 5, no 4, pp. 573-592.
- Bernard, H. (1950). *La réticulo-endothéliose chronique ou sycose*, Angoulême, Éditions Coquemard.
- Bernier, J. (2015) « Compte rendu : Histoire de la médecine au Québec, 1800–2000. De l'art de soigner à la science de guérir », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 32 (1) : 213-214.
- Bernsen, RM. *et al.* (2003). « Lower risk of atopic disorders in whole cell pertussis-vaccinated children », *Eur Respir J*, 22 (6) : 962-4.
- Berthelot, JM. (1992). « Du corps comme opérateur discursif ou les apories d'une sociologie du corps », *Sociologies et sociétés*, 24 (1) : 11-18.
- Berthoud, F. *et al.* (2007). *Qui aime bien, vaccine peu !*, Groupe médical de réflexion sur les vaccins (Suisse romande), Saint-Julien-en-Genevois Cedex, Édition Jouvence, 95 p

- Bertrand, A. et D. Torny (2004). *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*, CERMES, rapport pour la DGS SD5C 03-673, 108 p. <http://halshs.archives-ouvertes.fr>
- Bethmann, H. (1834). « Einige Bemerkungen von Dr. Bethmann. Blattern und vaccinin », *Allgemeine Homöopathische Zeitung*, 5 (12) : 177-185.
- Bilge, S. (2009). « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogène*, 225 (1) : 70-88.
- Bingeman, E. (2016). « Evaluating normative epistemic framework in medicine : EBM and casuistic medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22 : 490-495.
- Birch, K. (2010). *Vaccine free. Prevention and treatment of infectious contagious disease with homeopathy*, Kandern, Narayana Publishers, 387 p.
- Birke, L. (1999). « Bodies and Biology », dans Price J. et M. Shildrick (ed) (2001). *Feminist Theory and the body. A reader*, New York, Routledge, p. 42-49.
- Biron, P. (2014). « La prévention quaternaire pourrait protéger qui, et de quoi ? », *Profession Santé*, 10 octobre 2014, <http://www.professionsante.ca>
- Biron, P. (2015). « Les victimes du papillomavirus humain ne sont pas celles que l'on croit », *Profession Santé*, 15 septembre 2015, <http://www.professionsante.ca>
- Biron, P. (2016). *Alter Dictionnaire Médico-pharmaceutique bilingue*, site de L'Agora, <http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/>
- Bismut, M. (2006). *Éléments pour une étude épistémologique de l'éthique médicale*, mémoire de maîtrise, Université René Descartes – Paris 5, faculté de médecine, 34 p., <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/> [non publié]
- Black, S. et R. Rappuoli (2010). « A Crisis of Public Confidence in Vaccines », *Sci. Transl. Med.* 2, 61mr1.
- Blackwell, T. (2015). « Concordia professor condemns HPV vaccine after winning \$270K federal grant study », *National Post*, 8 octobre 2015, <http://news.nationalpost.com/news/canada/>
- Blais, L. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et Sociétés*, 38 (2) : 151-163.

- Blanchet, A. et A. Gotman (2007). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Paris, Armand Colin, 126 p.
- Block, KI. et WB. Jonas (2006). « 'Top of the hierarchy' Evidence for integrative medicine : What are the best strategies ? », *Integr Cancer Ther*, 5 (4) : 277-281.
- Bloom, DE. *et al.* (2005). « The value of vaccination », *World Economics*, 6 (3) : 15-39.
- Bloor, M. *et al.* (1987). « Artefact explanations on inequalities in health : An assessment of the evidence », *Sociology of Health and Illness*, 9 (3) : 231-263.
- Blume, S. et I. Geesink (2000). « Vaccinology : an industrial science ? », *Science as Culture*, 9 (1) : 41-72.
- Blume, S. (2006). « Anti-vaccination movements and their interpretations », *Social Science and Medicine*, 62 : 628-642.
- Blume, S. et J. Tump (2010). « Evidence and policymaking : The introduction of MMR vaccine in the Netherlands », *Social Science and Medicine*, 71 : 1049-1055.
- Bock, K. et C. Stauth (2007). *Healing the new childhood epidemics, Autism, ADHD, Asthma, Allergies*, New york, Ballantine Books, 480 p.
- Boland, B. *et al.* (1997). « Déterminants de la non-acceptation du vaccin anti-grippal parmi le personnel des Cliniques Universitaires Saint-Luc », *Louvain Médical*, 116 : 277-286.
- Boltanski, L. et L. Thévenot (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Éditions Gallimard, 483 p.
- Bond, L. et T. Nolan (2011). « Making sense of perceptions of risk of diseases and vaccinations : a qualitative study combining models of health beliefs, decision-making and risk perception », *BMC Public Health*, 11 : 943-969.
- Bond, L. *et al.* (1998). « Vaccine preventable diseases and immunisations : a qualitative study of mothers' perceptions of security, susceptibility, benefits and barriers », *Aust N Z J Public Health*, 22 (4) : 440-446.
- Bonfigliani, R. *et al.* (2013). « Getting vaccinated or not getting vaccinated ? : Different reasons for getting vaccinated against seasonal or pandemic influenza », *BMC Public Health*, 13 : 1221.

- Bonhoeffer, J. et U. Heininger (2007). « Adverse events following immunization : perception and evidence », *Current Opinion in Infectious Diseases*, 20 (3) : 237–246.
- Bonnet, C. *et al.* (2011). « Vaccination : regards et pratiques des médecins généralistes », *URPS médecins libéraux de Bourgogne*, 1 (octobre 2011) : 1-4, <http://www.urps-med-bourgogne.org>
- Boorstin, DJ. (1983). *The discoverers. A history of man's search to know his world and himself*, New York, Random House Inc., 745 p.
- Borch-Jacobson, M. (dir). (2013). *Big Pharma. Une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé*, Paris, Les Arènes, 525 p.
- Borch-Jacobsen, M. (2014). *La vérité sur les médicaments : Comment l'industrie pharmaceutique joue avec notre santé*, Paris, Gallimard-Édito, 524 p.
- Borchers, AT. *et al.* (2002). « Vaccines, viruses, and voodoo », *J Invest Allergol Clin Immunol*, 12 (3) : 155-168.
- Borgerson, K. (2005). « Evidence-based alternative medicine ? », *Perspective in Biology and Medicine*, 48 (4) : 502-515.
- Borgerson, K. (2014). « Redundant, secretive, and isolated : When are clinical trials scientifically valid ? », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24 (4) : 385-411.
- Bornhöft, G. et P. Matthiessen (eds) (2011). *Homeopathy in healthcare - effectiveness, appropriateness, safety, costs*, Berlin, Springer-Verlag, 234 p.
- Boscoe, M. *et al.* (2004). « The Women's Health Movement in Canada », *Canadian Woman Studies*, 24 (1) : 7-13.
- Boston Women's Health Collective. (1978). *Ourselves and Our Children : A Book By and For Parents*, New York, Random House, 217 p.
- Bostrom, A. (1997). « Vaccine Risk Communication: Lessons from Risk Perception, Decision Making, and Environmental Risk Communication Research », *Risk : Health, Safety, and the Environment*, 8 (3) : 183–200.
- Boulianne, N. *et al.* (1991). « Major measles outbreak in the Quebec City area in spite of a 99 % vaccine coverage », *Can J Pub Health*, 82 (3) : 189-190.

- Boulianne, N. *et al.* (2005). *L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations*, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. Comité sur l'immunisation du Québec. Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 97 p. <http://www.inspq.qc.ca>.
- Boulianne, N. *et al.* (2009). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 206 p., <http://www.inspq.qc.ca>.
- Boulianne, N. *et al.* (2011). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2010*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 125 p., <http://www.inspq.qc.ca>
- Boulianne, N. *et al.* (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 195 p., <http://www.inspq.qc.ca>.
- Boulianne, N. *et al.* (2015). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*, Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 151 p., <http://www.inspq.qc.ca>
- Bourdieu, P. (1975). « Le langage autorisé. Note sur les conditions sociales de l'efficacité du discours rituel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (5-6) : 183-190.
- Bourdieu, P. (1976). « Le champ scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2 (2-3) : 88-104.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction, critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 672 p.
- Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 277 p.
- Bourgault, S. et J. Perrault (2015). *Le Care : éthique féministe actuelle*, Montréal, Éditions Remue-Ménage, 280 p.

- Bouvier-Auclair, R. (2015). « Vaccination : contraindre ou non ? », <http://ici.radio-canada.ca/regions/alberta/2015/03/12/008-vaccination-obligatoire-alberta-eclosion-rougeole-enfant-ecoles.shtml>
- Bracho, G. *et al.* (2010). « Large-scale application of highly-diluted bacteria for Leptospirosis epidemic control », *Homeopathy*, 99 : 156-166.
- Bradford, TL. (1900). *The logic of figures or comparative results of homoeopathic and other treatments*, Philadelphia, Boericke & Tafel Publishers, 211 p.
- Bradstreet, J. (2004). *Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neuro- developmental disorders*. Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. The National Academics of Science, 9. 2. 2004., www.aapsonline.org/iom/bradstreet-paper.pdf.
- Braithwaite, J. (1984). *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*, London, Routledge & Kegan Paul, 440 p.
- Branswell, H. (2015). « Doctors urge label change for nosodes, sometimes called ‘homeopathic vaccines’ », *The Canadian Press*, May 11, 2015, <http://www.ctvnews.ca/politics/>
- Braun, V. et V. Clarke (2006). « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, 3 : 77-101.
- Brawley, OW. et Goldberg (2012). *How do we harm : A doctor breaks ranks about being sick in America*, New York, St. Martin’s Press, 320 p.
- Breckenridge, JP. (2012). « Choosing a methodological path : Reflections on the constructivist turn », *Grounded Theory Review*, 1 (11) : 1-9.
- Bremner, SA. *et al.* (2005). « Timing of routine immunisations and subsequent hay fever risk », *Arch Dis Child*, 90 : 567-573.
- Brewer, JM. *et al.* (1999). « Aluminium hydroxide adjuvant initiates strong antigen-specific Th2 responses in the absence of IL-4- or IL-13-mediated signaling », *J Immunol*, 163 : 6448-6454.
- Brewer, NT. *et al.* (2017). « Announcements versus conversations to improve HPV vaccination coverage : A randomized trial », *Pediatrics*, 139 (1) : e20161764.

- Brinth, LS. *et al.* (2015). « Orthostatic intolerance and postural tachycardia syndrome as suspected adverse effects of vaccination against human papilloma virus », *Vaccine*, 33 : 2602-2605.
- Brinth, LS *et al.* (2015b). « Suspected side effects to the quadrivalent human papilloma vaccine », *Danish Medical Journal*, 62 (4) : A5064.
- Briss, PA. *et al.* (1994). « Sustained transmission of mumps in a highly vaccinated population: assessment of primary vaccine failure and waning vaccine-induced immunity », *J Infect Dis.*, 169 (1) : 77-82.
- Brisson, M. *et al.* (2007). « Estimating the number needed to vaccinate to prevent diseases and death related to human papillomavirus infection », *CMAJ*, 177 (5) : 464-468.
- Brockhoff, HJ. *et al.* (2010). « Mumps outbreak in a highly vaccinated student population, The Netherlands, 2004 », *Vaccine*, 28 : 2932-2936.
- Brookhart, A. et L. McGrath (2012). « The Influenza Vaccine in Elderly Persons : A Shot in the Dark ? Comment », *Arch Intern Med*, 172 (6) : 492-493.
- Broom, A. (2005). « Using qualitative interviews in CAM research : A guide to the study design, data collection and data analysis », *Complementary Therapies in Medicine*, 13 : 65-73.
- Broussalian, E. (2011). « Le choléra en Haïti. Traitement homéopathique de l'épidémie », <http://www.hsf-france.com/Le-cholera-en-Haiti.html>
- Brown, DW. *et al.* (2011). « A mid-term assessment of progress towards the immunisation coverage goal of the Global Immunisation Vision and Strategy », *BMC Public Health*, 11 : 806 doi:10.1186/1471-2458-11-806
- Brown, J. (2016). « Why this infectious disease expert is studying nosodes », *The 180*, CBC Radio, Sunday october 09, 2016, <http://www.cbc.ca/radio/the180/a-call-for-more-black-voices-in-whit...0/why-this-infectious-disease-expert-is-studying-nosodes-1.3794615>
- Brown, N. (2015). « Choc et échange épidémiologique : Indiens et Espagnols au Mexique (1520-1596) », dans Priotti, JP. (2015). *Identités et territoires dans les mondes hispaniques : XVIe-XXe siècle*, Parie, Presses Universitaires de Rennes, 212-148.

- Bryman, A. (2012). *Social research methods*, 4th ed, Oxford, Oxford University Press, 766 p.
- Bushwald, G. (1995). *Vaccination. A business based on fear*, Norderstedt, Books on Demand GmbH, 326 p.
- Buchwald, G. (2003). « La vaccination préventive n'est pas le facteur déterminant dans le recul de la tuberculose », dans Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, pp. 47-61.
- Bueving, HJ. *et al.* (2004). « Influenza vaccination in children with asthma », *Am. J. Respir. Crit. Care Med*, 169 (4) : 488-493.
- Bunker, JP. (2001). « The role of medical care in contributing to health improvements within societies », *International Journal of Epidemiology*, 30 : 1260-1263.
- Bunker, JP. (2001b). *Medicine matters after all. Measuring the benefits of medical care, a healthy lifestyle, and a just social environment*, London, The Nuffield Trust, 120 p.
- Bureau des maladies infectieuses (2000). *Syndrome oculo-respiratoire associé au vaccin antigrippal*, Canada Santé Canada, RMTC 26 : 201-202.
- Burmistrova, AL. *et al.* (1976). « Change in the non-specific resistance of the body to influenza and acute respiratory diseases following immunization diphtheria-tetanus vaccine », *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*, (3) : 89-91.
- Burnett, J.C. (1884). *Vaccinosis and its cure by Thuya*, London, The Homoeopathic Publishing Company, 129 p.
- Burton-Jeangros, C. *et al.* (2005). « Adhésion et résistance aux vaccinations infantiles: une étude auprès de mères suisses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53 (4) : 341-350.
- Burton, D. (2003). « Mercury in Medicine Report », US Congressional Record; Findings and Recommendations, Safe Exposure Standard as Reported in Executive Summary, 20th May., www.aapsonline.org/vaccines/mercinmed.pdf (consulté en juin 2016)
- Bury, M. (1998). « Postmodernity and health », dans Scambler, G. et P. Higgs (dir). (1998). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, pp 1-28.

- Busse, JW, *et al.* (2002). « Attitudes toward vaccination : a survey of Canadian chiropractic students, *CMAJ*, 166 (12) : 1531-1534.
- Butler, R. *et al.* (2015). « Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups : The guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP) », *Vaccine*, 33 : 41-76-4179.
- Butler-Jones, D. (2005). « Les mythes concernant les vaccins et leurs dangers », Agence de santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpho-acsp/articles/vaccine200505-fra.php>
- Buttery, JP. *et al.* (2005). « Immunogenicity and safety of a combination pneumococcal-meningococcal vaccine in infants : a randomized controlled trial », *JAMA*, 293 : 1751-8.
- Buttery, JP. *et al.* (2011). « Intussusception following rotavirus vaccine administration : Post-marketing surveillance in the National Immunization Program in Australia », *Vaccine*, 29 : 3061-3066.
- Buttram, HE. (2008). « Current childhood vaccine programs : an overview with emphasis on the Measels-Mumps-Rubella (MMR) vaccines and tis compromising of mucosal immune system », *Medical Veritas*, 5 : 1820-1827.
- Buttram, HE. (2015). « Are current childhood vaccine programs compromising the genetics of present and future generations ? », *Medical Veritas*, 1-11, <http://medicalveritas.org/current-childhood-vaccine-programs/>
- BVA (2005). *Étude sur les vaccins pédiatriques auprès des médecins généralistes et des pédiatres*, 2005 : p. 31 – non publiée, dans INPES (2008). *Vaccinations. Ouvrons le dialogue*, site www.inpes.sante.fr.
- Calman, KC. (2002). « Communication of risk : Choice, consent, and trust », *The Lancet*, 360 : 166-168.
- Campbell, JB. *et al.* (2000). « Chiropractors and Vaccination: A Historical Perspective », *Pediatrics*, 105 (4) : 43-51.
- Caplan, AL. (2012). « Don't dismiss patients who won't vaccinate ! », *Medscape Internal Medicine*, <http://www.medscape.com/viewarticle/760025?src=mp&spon=38>
- Carricaburu, D. et M. Ménoret (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Annand Collin Éditeur, 235 p.

- Carson, R. (1962). *Silent Spring*, Boston, Houghton Mifflin Editor, 368 p.
- Cassell, JA. *et al.* (2006). « Is the cultural context of MMR rejection a key to an effective public health discourse ? » *Public Health*, 120 (9) : 783–94.
- Cassels, A. (2012). *Seeking sickness. Medical screening and the misguided hunt for disease*, Vancouver, Greystone Books, 177 p.
- Cassels, A. (2012b). « Shingles vaccine stats misleading », *Common Ground*, <http://commonground.ca/2012/08/>
- Castro, D. et GG. Nogueira. (1975). « Use of the nosode Meningococcinum as a preventative against meningitis, *Journal of the American Institute of Homeopathy*, 68 (4) : 211-219.
- Cates, CJ. *et al.* (2000). « Vaccines for preventing influenza in people with asthma », *Cochrane Database Syst Rev*, 4 : CD000364.
- Cates, CJ. *et al.* (2008). « Vaccines for preventing influenza in people with asthma (Review) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD000364.
- Cauli, M. (2011). *Approche socio-anthropologique de la vaccination. Introduction, projet Mère-Enfant*, Ministère des Affaires Étrangères et Européennes, Université d'Arbois.
- Cawkwell, PB. et D. Oshinsky (2016). « Storytelling in the context of vaccine refusal : a strategy to improve communication and immunisation », *BMJ*, 42 : 31-35.
- Centers for Disease Control and Prevention (2012). « Pertussis Epidemic – Washington 2012 », *MMWR*, 61 (28) : 517-522.
- Cerpa-Cruz, S. *et al.* (2013). « Adverse events following immunization with vaccines containing adjuvants », *Immunologic Research*, 56 : 299-303.
- CFES (Comité français d'éducation pour la santé) (2000). Promotion de la vaccination 1997-1998-1999. *Dossiers techniques. Editions du CFES 2000*, 79 p.
- Champeaux, A de. (1996). « Le marché du vaccin et l'avenir des vaccinations en Afrique », dans Moulin, AM. (dir) (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 465-473 p.

- Chang, CC. *et al.* (2007). « Influenza vaccine for children and adults with bronchiectasis », *Cochrane Database Syst Rev*, 3 : CD006218.
- Charmaz, K. (1983). « Loss of self : a fundamental form of suffering in the chronically ill, *Sociology of Health and Illness*, 5 : 168-195.
- Charmaz, K. (2003). « Grounded theory : Objectivist and constructivist methods », dans Denzin, NK. et YS. Lincoln (eds). (2003). *Strategies of qualitative inquiry 2nd ed*, London, Sage Publications, pp. 249-291.
- Charmaz, K. (2005). « Grounded theory in the 21st Century : Application for advancing social justice studies », dans NK. Denzin et YS. Lincoln (Eds) (2005). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Thousands Oaks, Sage Publications, pp. 507-536.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : A practical guide through qualitative analysis*, London, Sage Publications Limited, 208 p.
- Charmaz, K. (2008). « Constructionism and the Grounded Theory », dans JA. Holstein et JF. Gubrium (Eds). (2008). *Handbook of the Constructionist Research*, New York, The Guilford Press, pp. 397-412.
- Charmaz, K. (2011). « Grounded theory methods in social justice research » dans Denzin, NK. et YE. Lincoln (ed) (2011), *Handbook of Qualitative Research 4th ed.*, Thousand Oaks, SAGE Publications, 784 p.
- Chateauraynaud, F. (1999). « Qui est garant de la vigilance collective ? », *Environnement et Société*, 23 : 7-32.
- Chateauraynaud, F. et D. Torny (2013). *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, EHESS Éditions, 476 p.
- Chatfield, K. (2007). « In pursuit of the evidence », *The Homeopath*, 25 : 3.
- Chavanon, P. (1928). *Le traitement clinique de la diphtérie*, Paris, Imprimerie Saint-Denis, 51 p.
- Chavanon, P. (1932). *La diphtérie. 4^{ème} édition*, Paris, La Renaissance Moderne, 315 p.
- Chen, RT. (1999). « Vaccine risks : real, perceived and unknown », *Vaccine*, 17 (supp 3) : S41-S46.

- Chen, RT. *et al.* (2001). « Epidemiology of Autoimmune reactions induced by vaccination », *Journal of Autoimmunity*, 16 : 309-318.
- Chen, MH. *et al.* (2013). « Comorbidity of allergic and autoimmune diseases among patients with ADHD : A nationwide Population-Based Study », *J Atten Disord*, 17 (2) : 1-9.
- Choffat, F. (2001). *Vaccinations: le droit de choisir*, Genève, Éditions Jouvence, 192 p.
- Choffat, F. (2005). *Hold up sur la santé*, Genève, Éditions Jouvence, 248 p.
- Chustecka, Z. (2015). « Case reports of 'syndrome' appearing after HPV vaccine », *Medscape*, <http://www.medscape.com/>
- Claridge, S. (2006). *Investigate before you vaccinate*, The Immunization Awareness Society Inc, Auckland, New Zealand, 298 p.
- Clarke, AE. *et al.*, (2003). « Biomedicalization : Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine », *American Sociological Review*, 68 (2) : 161-194.
- Clarke, AE. (2015). « Feminism, Grounded theory, and situational analysis », dans Clarke, AE. *et al.* (ed) (2015). *Situational analysis in practice. Mapping research with grounded theory*, California, Left Coast Press inc, 119-154.
- Clarke, S. *et al.* (2016). « Conscientious objection to vaccination », *Bioethics*, 23 DEC 2016 | DOI : 10.1111/bioe.12333
- Clarke, T. (2013). « Study questions FDS's shorter drug approval times », *Business & Financial News, Breaking US & International News | Reuters.com*, <http://www.reuters.com/>
- Classen, JB. (1996), « The timing of immunization affects the development of diabetes in rodents », *Autoimmunity*, 24 (3) : 137-145.
- Classen, JB. (1996b). « Childhood immunisation and diabetes mellitus », *N Z Med J*, 109 (1031) : 388-389.
- Classen, JB. et DC. Classen (1999). « Public should be told that vaccines may have long term adverse effects », *BMJ*, 318 : 193.

- Classen JB. et D. Classen (2002). « Clustering of cases on insulin dependant diabetes (IDDM) occurring three years after Hemophilus Influenza B (HiB) immunization support causal relationship between immunization and IDDM », *Autoimmunity*, 35 (4) : 247-253.
- Classen, JB. (2008). « Risk of vaccine induced Diabetes in children with a family history of type 1 diabetes », *The Open Pediatric Medicine Journal*, 2 : 7-10.
- Classen, JB. (2008b). « Discontinuation of BCG vaccination precedes significant drop in type 2 diabetes in Japanese children. Role of inflammation and cortisol activity as a cause of type 2 diabetes », *Open Endocrinol J*, 2 : 1-4.
- Classen, JB. (2008c). « Type 1 versus type 2 diabetes/metabolic syndrome, opposite extremes of an immune spectrum disorder induced by vaccines », *Open Endocrinol J*, 2 : 9-15.
- Classen, JB. (2009). « Evidence childhood epidemics of type 1 and type 2 diabetes are opposite extremes of an immune spectrum disorder induced by immune stimulants. Role of race and associated cortisol activity as a major determining factor of diabetes, *Diabetes Metabol Syn Clin Res Rev*, 3 : 67-69.
- Classen, JB. (2011). « Italian pediatric data support hypothesis that simultaneous epidemics of type 1 diabetes and type 2 diabetes/metabolic syndrome/obesity are polar opposite responses (i.e symptoms) to a primary inflammatory condition », *J Pediatr Endocrinol Metab*, 24(7-8) : 455-6.
- Classen, JB. (2012). « Review of evidence that epidemics of type 1 diabetes and type 2 diabetes/metabolic syndrome are polar opposite responses to iatrogenic inflammation, *Curr Diabetes Rev* 8 : 413-418.
- Classen, JB. (2013). « Prevalence of Autism is positively associated with the incidence of Type 1 Diabetes, but negatively associated with the Incidence of Type 2 Diabetes. Implication for the etiology of the Autism epidemic, 2 (3) : 679. Doi :10.4172/scientificreports.679
- Classen, JB. (2014). « Review of vaccine induced immune overload and the resulting epidemics of Type 1 Diabetes and Metabolic Syndrome, emphasis on explaining the recent accelerations in the risk of prediabetes and other immune mediated diseases », *Molecular and Genetic Medicine*, S1 : 025. Doi :10.4172/1747-0862.S1-025
- Claudia, DR. et al. (2012). « Homeopathic prophylaxis : suggestion for vaccination homeopathic protocol », *European Journal of Integrative Medicine*, 4S : 36.

- Clément, F. (1996). « Une nouvelle 'forme de vie' pour les sciences sociales », *Revue Européenne de Sciences Sociales*, 34 (106) : 155-168.
- Clements, CJ. (2003). « L'impact des programmes de vaccination mondiaux », dans Autrive, P. et al. (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, pp. 15-26.
- Cloutier, AI. et al. (2016). « Améliorer le compréhension et la gestion des conflits d'intérêts des experts conseillant la prise de décisions en santé publique », *BioéthiqueOnline*, 5 (38) :1-5 <http://bioethiqueonline.ca/5/38>
- Coburn, D. (1988). « Canadian medicine : Dominance or proletarianization ? », *The Milbank Quarterly*, 66 (2) : 92-116.
- Coburn, D. et E. Willis (2003). « The medical profession : Knowledge, power, and autonomy », dans Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, pp. 377-393.
- Code, L. (2007). « The power of ignorance », dans Tuana, N. et S. Sullivan (Ed) (2007). *Race and Epistemologies of Ignorance*, Albany, State University of New York Press, pp. 213- 240.
- Cohen, JS. (2001). *Overdose: The Case Against the Drug Companies*, New York, Tarcher-Putnum, 318 p.
- Colafrancesco, S. et al. (2013). « Human Papilloma Virus vaccine and primary ovarian failure:Another facet of the autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants », *Am J Reprod Immunol*, 70 : 309-316.
- Colgrove, J. et R. Bayer (2005). « Could it happen here ? Vaccine risk controversies and the specter of derailment », *Health Affairs*, 24 (3) : 729-739.
- Colgrove, JK. (2006). *State of Immunity : The politics of vaccination in twentieth-Century America*, Berkeley, University of California Press, 349 p.
- Colley, F. et M. Haas (1994). « Attitudes on immunisation: a survey of american chiropractors », *J Manip Physiol Ther*, 17 : 584-590.
- Collin, J. et al. (ed). (2006). *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 279 p.

- Collins, HM. et R. Evans (2002). « The third wave of science studies : Studies of expertise and experience », *Social Studies of Science*, 32 (2) : 235-296.
- Comité consultatif national de l'immunisation (2006). *Guide canadien d'immunisation*, Agence de santé publique du Canada, Les Éditions et Services de dépôt Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, <http://publications.gc.ca>
- Commissaire à la Santé et au Bien-être (2012). *Médicaments. Faire entendre votre voix !*, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=123>
- Conis, E. (2013). « A mother's responsibility : Women, medicine, and the rise of contemporary vaccine skepticism in the United States », *Bulletin of the History of Medicine*, 87 (3) : 407-435.
- Connell, E. et A. Hunt (2010). « The HPV Vaccination Campaign : A project of moral regulation in an era of bipolitics », *Cahiers Canadiens de Sociologie*, 35 (1) : 63-82.
- Conrad, R. (1992). « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, 18 : 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 204 p.
- Cooper, LZ. *et al.* (2008). « Protecting public trust in immunization », *Pediatrics*, 122 (1) : 149-153.
- Contandriopoulos, AP. (1994). « Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 1 (1) : 8-26.
- Contandriopoulos, AP. (2003). « Inertie et changement », *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 9 (2) : 4-31.
- Cosgrove, L. *et al.* (2014). « From *caveat emptor* to *caveat venditor* : time to stop the influence of money practice guideline development », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 (6) : 809-812.
- Cosgrove, L. *et al.* (2016). « Under the influence : The interplay among industry, publishing, and drug regulation », *Accountability in Research*, 23 (5) : 257-279.

- Côté, N. (2013). « Accoucher avec une sage-femmes », *Protégez-vous*, juin 2013, <http://www.protegez-vous.ca>
- Cotter, S. *et al.* (2003). « Immunisation : The views of parents and health professionals in Ireland », *Euro Surveillance : Bulletin Européen sur les Maladies Transmissibles/European Communicable Disease Bulletin*, 8 (6) : 145-50.
- Coulter, HL. (1973). *Homoeopathic influences in nineteenth-century allopathic therapeutics*, Washington, American Institute of Homeopathy, 83 p.
- Coulter, HL. (1994). *Divided Legacy. Twentieth-century medicine : The bacteriological era. A history of the schism in medical thought*, vol. IV, Berkeley, North Atlantic Books, 776 p.
- Coulter, HL. (1999). *Divided legacy. The conflict between homoeopathy and the American Medical Association*, 2nd edition, Berkeley, North Atlantic Books, 576 p.
- Coulter, HL. et BL. Fisher (1985). *DTP : A shot in the dark*, New York, Harcourt, Brace, Javanovich, 246 p.
- Couture, M. (2003). « La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée », *Interactions*, 7 (2) : 127-133.
- Cross, C. (2013). « Introducing deprescribing into culture of medication », *CMAJ*, 185 (13) doi: 10.1503/cmaj.109-4554
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research : Meaning and perspective in the research process*, London, Sage Publications, 256 p.
- Crowe, JE. (2013). « Universal flu vaccines : *Primum non nocere* », *Science Translational Medicine*, 5, (200) : 200fs 34.
- Crozier, M., et E. Friedberg (1992). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil, 500 p.
- Cummins, J. (2012). « DNA Contamination in HPV vaccines », *Science in Society*, http://www.i-sis.org.uk/DNA_contamination_of_HPV_vaccines.php
- Currim, AM. (ed). (1996). *The Collected Works of Arthur Grimmer, M.D.*, Norwalk, Hahnemann International Institute for Homeopathic Documentation Publishers, 890 p. ISBN: 3-929271-05-2

- Dagenais, H. (1987). « Méthodologie féministe et anthropologie : une alliance possible », *Anthropologie et Société*, 11 (1) : 19-44.
- Dalbergue, B. (2014). *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Paris, Flammarion, 300 p.
- Damiani, C. (1995). *La médecine douce. Une analyse de pratiques « holistes » en santé*, Montréal, Éditions St- Martin, 232 p.
- D'Amour, D. *et al.* (2009). « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical », *Recherches Sociographiques*, 50 (2) : 301-320.
- Dannetun, E. *et al.* (2005). « Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. A telephone survey », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23 : 149-153.
- Daoust-Boisvert, A. (2001). « Rougeole – Des enfants touchés en Mauricie étaient vaccinés », *Le Devoir*, mardi 20 décembre 2011, p. A1.
- Daoust-Boisvert, A. (2015). « La méfiance du personnel médical plombe les efforts », *Le Devoir*, 14 février 2015, <http://www.ledevoir.com/>
- Daoust-Boisvert, A. (2016). « Des superinfirmières qui voudraient bien être super », *Le Devoir*, 19 mars 2016, p. B1.
- Darrason, M. (2013). *Y a-t-il une théorie génétique de la maladie ?*, thèse de doctorat de philosophie à l'IHPST, Paris, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne. [thèse non publiée]
- Das, V. *et al.* (2000). « Disease control and immunisation : A sociological inquiry », *Economic and Political Weekly*, 35 : 8/9 : 625-632.
- Davies, P. *et al.* (2002). « Antivaccination activists on the world wide web », *Arch Dis Child*, 87 : 22-25.
- Davis, EM. (2008). « Risky business : medical discourse, breast cancer, and narrative », *Qualitative Health Research*, 18 (1) : 65-76.
- Day, AS. (2008). *Child Immunization : Reactions and responses to New Zealand government policy 1920-1990*, PHd thesis, Department of History, University of Auckland, 340 p. <http://researchspace.auckland.ac.nz>

- Dean, ME. (2001). « Homeopathy and 'the progress of science' », *History of Science*, 39 (3) : 255-283.
- Dean, MA. (2004). *The trials of homeopathy. Origins, structure and development*, Essen, KVC Verlag, 305 p.
- De Carvalho, NS. *et al.* (2009). « Vaccinating against HPV : Physicians' and medical students' point of view », *Vaccine*, 27 : 2637-2640.
- Deeks, SL. *et al.* (2011). « An assessment of mumps vaccine effectiveness by dose during an outbreak in Canada », *CMAJ*, 183 (9) : 1014-1020.
- Defay, F. *et al.* (2013). « Measles in children vaccinated with 2 doses of MMR », *Pediatrics*, 132 (5) : e1126-e1133.
- De Lorgeril, M. (2008). *Cholestérol, mensonges et propagandes*, Vergèze, Thierry Souccar Éditions, 321 p.
- De Melker, HE. *et al.* (2005). *The national immunisation programme in the Netherlands : current status and potential future developments*, Ministry of Public Health, Welfare and Sports in the Netherlands, RIVM,
- Dekeyzer, I. (2003). *Promotion de la vaccination antigrippale auprès du personnel hospitalier*, mémoire en Sciences de la Santé Publique, orientation Promotion/Education Santé, Louvain-La-Neuve, 43 p. [non publié]
- Delphy, C. (2013), *L'ennemi principal. 1 Économie politique du patriarcat*, Paris, Éditions Syllepse, 262 p.
- Demicheli, V. *et al.* (2005). « Vaccines for measles, mumps and rubella in children », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. DOI : 10.1002/14651858.CD004407.pub2.
- Demicheli, V. *et al.* (2007). « Vaccines for preventing influenza in healthy adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD001269. DOI : 10.1002/14651858.CD001269.pub3.
- Denzin, NK. (1989). *The research act : a theoretical introduction to sociological methods*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 306 p.
- Denzin, NK. et YS. Lincoln (dir). (2003). *Strategies of qualitative inquiry*, London, Sage Publications, 427 p.

- Descarries, F. et L. Vandelac (1994) « Présentation. L'engendrement du savoir », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23 : 5-24.
- De Serres, G. *et al.* (1995). « Measles vaccine efficacy during an outbreak in a highly vaccinated population : Incremental increase in protection with age at vaccination up to 18 months » *Epidemiol Infect*, 115 : 315-323.
- De Serres, G. *et al.* (2012). « Higher risk of measles when the first dose of a 2-dose schedule of measles vaccine is given at 12–14 months versus 15 months of age », *Clinical Infectious Diseases*, 55 (3) : 394-402.
- De Serres, G. *et al.* (2013). « Largest measles epidemic in North America in a decade - Quebec, Canada, 2011 : Contribution of susceptibility, serendipity, and superspreading events », *The Journal of Infectious Diseases*, 207 : 990-998.
- De Serres, G. *et al.* (2017). « Influenza vaccination of healthcare workers : Critical analysis of the evidence for patients benefit underpinning policies of enforcement », *PlosOne*, 12 (1) : e0163586
- Des Guidi, S. (1832). « Tableau au 1^{er} juin 1832 des traitements homéopathiques du choléra 'authentiquement recueillis jusqu'à ce jour' (Extr. de la Lettre aux médecins français sur l'homéopathie. de Des Guidi, 1832, 2e partie, p. 91 », dans *Revue d'histoire de la pharmacie*, 1991, (288) : 118.
- Deslauriers, JP. (dir) (1985). *La recherche qualitative : résurgence et convergence*, Chicoutimi, GRIR, 169 p.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill, 142 p.
- Deslauriers, JP. (1997). « L'induction analytique », dans Poupart, J. *et al.* (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, pp. 293-308.
- De Souza Nunes, LA. (2008). « Contribution of homeopathy to the control of an outbreak of dengue in Macaé, Rio de Janeiro », *Int J High Dilution Res*, 7 (25) : 186-192.
- DeSoto, MC. et RT. Hitlan (2010). « Sorting out the spinning of autism : heavy metals and the question of incidence », *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 70 : 165-176.

- DeStefano, F. *et al.* (2013). « Increasing exposure to antibody-stimulating proteins and polysaccharides in vaccines is not associated with risk of autism », *The Journal of Pediatrics*, 1-7.
- Dew, K. (1999). « Epidemics, panic and power : Representations of Measles and Measles Vaccines », *Health*, 3 (4) : 319-398.
- Dew, K. (2001). « Modes of practice and models in medicine », *Health*, 5 (1) : 93-111.
- De Wals, P. (2011). « Optimizing the acceptability, effectiveness and costs of immunization programs : The Quebec experience », *Expert Rev Vaccines*, 10 (1) : 55-62.
- De Wals, P. *et al.* (2012). « Risk of Guillain-Barré syndrome following H1N1 Influenza vaccination in Quebec », *JAMA*, 308 (2) : 175-181.
- Dharmaraj, P. et RL. Smyth (2009). « Vaccines for preventing influenza in people with cystic fibrosis », *Cochrane Database Syst Rev*, Oct 7; (4) : CD001753.
- Diais, A. (dir) (1992). *Glossaire de l'homéopathie*, Paris, Éditions Boiron, 259 p.
- Dietz, V. et J. Jacobs (1997). « Vaccination. Attitudes and practices of physicians who use homeopathy », *Alternative and Complementary Therapies*, 3 (6) : 414-418.
- Dingwall, R. et P. Hobson-West (2006). « Litigation and the threat to medicine », dans Kelleher, D. *et al.* (2006). *Challenging medicine*, (2nd edition), London, Routledge, pp. 40-61.
- Dionne, L. (2009). « Analyser et comprendre le phénomène de la collaboration entre enseignants par la théorisation enracinée : regard épistémologique et méthodologique », *Recherches Qualitatives*, 28 (1) : 76-105.
- Dionne, M. *et al.* (1999). *Étude des connaissances, attitudes et pratiques des vaccineurs québécois à l'égard de la vaccination primaire*, Rapport final, Québec, Institut national de la santé publique, 112 p.
- Dionne, M. *et al.* (2001). Manque de conviction face à la vaccination chez certains vaccineurs québécois. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 100-104.

Direction de santé publique de la Montérégie (2015). *Rapport du directeur de santé publique 2015. La vaccination : Remettre les pendules à l'heure*, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Longueuil, 44 p.

Dittmann, S. (2001). « Vaccine safety: risk communication - a global perspective », *Vaccine*, 19 (17-19) : 2446-2456.

Dixon, M. *et al.* (1994). « What pediatric hospital nurses know about immunization », *Am J Maternal & Child Nurs*, 19 : 74-78.

Dodier, N. (2010). « Contribution à une histoire politique de l'autorité médicale », dans Lebeer, G. et J. Moriau (dir). (2010). *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*, Bruxelles/Berlin/Oxford, P.I.E. Peter Lang, coll. Action publique, 211 p.

Dolgin, E. (2013). « Manufacturers push the limits of megacombo vaccines for kids », *Nature Medicine*, 19 (4) : 382.

Doré, N. et D. Le Hénaff (2016). *Mieux vivre avec son enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, Québec, INSPQ, 776 p. www.inspq.qc.ca

Dornberg, N. (2013). « So who does the polio vaccine actually protect ? », *Haaretz*, aug. 25, 2013, <http://www.haaretz.com/>

Doshi, P. et A. Akabayashi (2010). « Japanese childhood vaccination policy », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19 : 283-289.

Doshi, P. *et al.* (2012). « The imperative to share clinical study reports : Recommendations from the Tamiflu experience » *PlosMedicine*, 9 (4) : e10001201.

Doshi, P. et T. Jefferson (2013). « Clinical Study Reports of randomised controlled trials : An exploratory review of previously confidential industry reports », *BMJ Open* 3, e002496, doi :10.1136/bmjopen-2012-002496

Doumont, D. et F. Libion (2007). *Vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé : tour d'horizon des pays développés, quelles recommandations pour quelle efficacité ?*, asbl Question Santé, Service communautaire de promotion de la santé, Communauté française de Belgique, 29 p.

- Downs, JS. *et al.* (2008). « Parents' vaccination comprehension and decisions », *Vaccine*, 26 : 1595-1607.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick. Gender and the political economy of health*, London, MacMillan Press, 280 p.
- Dressel, H. (2008). *Who killed the Queen. The story of a community hospital and how to fix public health care*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 471 p.
- Dubé, E. *et al.* (2010). Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec », Institut national de santé public du Québec, 23 p. <http://www.inspq.qc.ca>
- Dubé, E. *et al.* (2011). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, Institut national de santé public du Québec, 119 p. <http://www.inspq.qc.ca>
- Dubé, E. *et al.* (2011b). « Canadian paediatricians' opinions on rotavirus vaccination », *Vaccine*, 29 : 3177-3182.
- Dubé, E. *et al.* (2011c). « Connaissances, attitudes et pratiques d'infirmiers, d'infirmières, de pédiatres et d'omnipraticiens québécois sur la grippe A (H1N1) et la grippe saisonnière. Rapport d'enquête », Institut national de santé public du Québec, 131 p. <http://www.inspq.qc.ca>
- Dube, E. *et al.* (2012). « Clinicians' opinions on new vaccination programs implementation. *Vaccine*, 30, 4632-4637.
- Dubé, E. *et al.* (2012b). « Vaccine hesitancy : attitudes of parents and health care workers », Poster resentation. 10th Canadian Immunization Conference, Vancouver, December 3-5, 2012.
- Dubé, E. *et al.* (2013). « Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole 2012 », Institut national de santé public du Québec, 137 p., <http://www.inspq.qc.ca>
- Dubé, E. *et al.* (2013b). « Attitudes et croyances des sages-femmes québécoises sur la vaccination », *Santé Publique*, 25 : 35-43.
- Dubé, E. *et al.* (2013c). « How do midwives and physicians discuss childhood vaccination with parents ? », *J. Clin. Med.*, 2 : 242-259.
- Dubé, E. *et al.* (2013d). « Vaccine hesitancy. An overview », *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 9 (8) : 1763-1773.

- Dubé, E. et M. Guay (2014). « Hésitation à la vaccination : Qu'est-ce que c'est et quel est le rôle de la santé publique ? », INSPQ, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/colloque-mi-itss/09_13h30_EDube_MGuay.pdf, consulté août 2016.
- Dubé, E. *et al.* (2015). « Strategies intended to address vaccine hesitancy : Review of published reviews », *Vaccine*, 33 : 4191-4203.
- Dubé, E. *et al.* (2016). « 'Nature does things well, why should we interfere ?' : Vaccine hesitancy among mothers », *Qualitative Health Research*, 26 (3) : 411-425.
- Dubé, E. *et al.* (2016b). « Understanding vaccine hesitancy in Canada : results of a consultation study by the Canadian Immunization Research Network », *PLoS ONE*, 11(6) : e0156118. Doi :10.1371/journal.pone.0156118
- Dublin, L. (1948). *Health progress 1936-1945. A supplement to twenty-five years of health progress*, New York, Metropolitan Life Insurance Co, 147 p.
- Dubos, R. (1987). *Mirage of Health*, (1^{ère} édition 1959), New York, Rutgers University Press, 282 p.
- Dubreuil, E. (2015). « Vaccination : ce n'est pas une opinion, c'est un fait, rappelle Couillard », *La Presse Canadienne*, 13 février 2015, site : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/02/13/002-sondage-vaccination-rougeole.shtml>
- Duclos, P. et JM. Okwo-Bele (2007). « Recommandations et politiques vaccinales mondiales. Le rôle de l'OMS », *Médecine/Sciences*, 23 : 409-416.
- Duffy, J. *et al.* (2016). « Febrile seizure risk after vaccination in children 6 to 23 months », *Pediatrics*, 138 (1) : e20160320
- Dufresne, J. (2009). « AH1N1 et l'ABC de la culture médicale », <http://encyclopedie.homovivens.org>
- Dufresne, J. (2015). « Remèdes mortels et crime organisé », <http://encyclopedie.homovivens.org>
- Dunbar, B. et S. Shinner (2003) « Sécurité et efficacité des vaccins : questions scientifiques en suspens », dans Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, p. 141-159.

- Durbach, N. (2000). « They might as well brand us: Working class resistance to compulsory vaccination in Victorian England », *Social History of Medicine*, 13 : 45–62.
- Durbach, N. (2002). « Class, gender, and the conscientious objector to vaccination, 1898–1907 », *Journal of British Studies*, 41, 58–83.
- Durbach, N. (2005). *Bodily matters : The anti-vaccination Movement in England, 1853–1907, Radical perspectives*, London, Duke University Press, 276 p.
- Durkheim, É. (1967). *Les règles de la méthode sociologique (1894)*, 16^{ème} édition, Paris, Les Presses Universitaires de France, 149 p.
- Duval, B. *et al.* (2007). « Vaccination against human papillomavirus : A baseline survey of Canadian clinicians' knowledge, attitudes and beliefs », *Vaccine*, 25 : 7841–7847.
- Duval, B. *et al.* (2009). « Cervical cancer prevention by vaccination : nurses' knowledge, attitudes and intentions », *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3) : 499–508.
- Dyer, C. (2013). « UK government is to consider claims of children who developed narcolepsy after vaccination », *BMJ*, 347 : f5645.
- Eaton, C. (1991). *Variolinum, Transactions of the American Institute of Homeopathy*, 1907, pp 547–567. Reprinted in *New, old and forgotten remedies* (Anshutz editor), New Delhi. B. Jain Publishers, 419 p.
- ECCH (European Council for Classical Homeopathy) (2006). *The legal situation for the practice of homeopathy in Europe*, A ECCH report, European Council for Classical Homeopathy, www.homeopathy-ecch.org
- ECCH (European Council for Classical Homeopathy) (2008). *Nosodes in Homeopathy Practice. An ECCH survey*, ECCH, 10 p., <http://www.aeha-buendnis.de/>
- ECH (European Committee for Homeopathy) (2010). *Legal status of Homeopathy in Europe. Overview 2005 – updated 2010*, European Committee for Homeopathy., www.homeopathyeurope.org
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2013). « Epidemiological update : Polio virus in sewage and human fecal samples in Israel », <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/>

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2015). *Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe – A qualitative study*, Stockholm, ECDC, 27 p.

Éditeur officiel du Québec (2014). « Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession » (c.S-0.1, r.12), Annexes 1 et 2 de la Loi sur les sages-femmes. L.R.Q., C. S-0.1, a.9, 1^e al.

Éditeur officiel du Québec (2014b). « Loi sur la Santé Publique », (chapitre S2-.2), Chapitre 1, section III Déclaration d'état d'urgence sanitaire, (2001, c.60, 123), mise à jour mars 2014.

EFVV (European Forum for Vaccine Vigilance). (2005). « Enquête sur les effets secondaires des vaccinations en Europe », Rapport du groupe européen EFVV, www.efvv.org

Ehrenreich, B. et D. English (1983). *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des histoires des femmes et de la médecine*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 104 p.

Ehrenreich, B. et D. English (2016). *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Éditions Cambourakis, Collection Sorcières, 139 p.

Eisfelder, HW. (1961). « Poliomyelitis Immunization : A Final Report », *Journal of the American Institute of Homeopathy*, 54 : 166-167.

Eizayaga, F. (1985). « Tratamiento Homeopatico de las Enfermedades Agudas y Su Prevencion », *Homeopatia*, 51 (342) : 352-362.

Eizayaga, F. (1991). *Treatise on Homeopathic Medicine*, Buenos Aires Ediciones Maracel, 315 p. 978-0000551894

Ekos Research Associates (2011). *Survey of Parents on Key Issues Related to Immunization*, Ottawa, Public Health Agency of Canada, 117 p., www.ekos.com

Eliot, G. (2002). *Middlemarch*, publié en 1872, Londres, Penguin Classic, 880 p.

Engel, P. (1934). « Ueber den Infektionsindex der Krebskranken (About the infection index of cancer patients), *Wien Klin Wschr*, 47:1118-1119.

Engels, KS. (2016). « Biopower, normalization, and HPV : A Foucauldian analysis of the HPV vaccine controversy », *Journal of Medical Humanities*, 37 (3) : 299-312.

- Enkin, MW. et AR. Jadad (1998). « Using anecdotal information in evidence-based health care : Heresy or necessity ? », *Annals of Oncology*, 9 : 963-966.
- Enriquez, R. *et al.* (2005). « The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children », *J Allergy Clin Immunol*, 115 (4) : 737-44.
- Epstein, S. (1995). « The Construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials », *Science, Technology and Human Values*, 20 (4) : 408-437.
- Erickson, B.H. (1979). « Some problems of inference from chain data », *Sociological Methodology*, 10 : 276-302.
- Erickson, L.J. *et al.* (2005). « An analytical framework for immunization programs in Canada », *Vaccine*, 23 : 2470-2476.
- Ernst, E. (1997). « The attitude against immunisation within some branches of complementary medicine », *Eur J Pediatr*, 156 : 513-515.
- Ernst, E. (2002). « Rise in popularity of complementary and alternative medicine: Reasons and consequences for vaccination », *Vaccine*, 20 : S90-93.
- Eskola, J. *et al.* (2015). « How to deal with vaccine hesitancy ? », *Vaccine*, 33 : 4215-4217.
- Evans, MH. *et al.* (2001). « Parents' perspectives on the MMR immunisation : A focus group study, *British Journal of General Practice*, 51 : 904-910.
- Even, D. (2013). « Health risks push ministry to reconsider HPV vaccine for teen girls », *Haaretz*, 3 sept 2013, <http://www.haaretz.com/news>
- Every-Palmer, S. et J. Howick (2014). « How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 : 908-914.
- Fagot-Largeault, A. *et al.* (2008). *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 243 p.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis. The critical study of language*, Essex, Pearson Education Limited, 265 p.

- Farley, M. *et al.* (1982). « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) », *HSTC Bulletin : revue d'histoire des sciences, des techniques et de la médecine au Canada*, 6 (1) : 24-46.
- Farley, M. *et al.* (1987). « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle : pratiques, obstacles et résistances » dans Fournier, M. *et al.* (1987). *Science et médecine au Québec. Perspectives sociohistoriques*, Québec, IQRC (Institut québécois de recherche sur la culture), pp. 101-151.
- Farooqi, IS. et JM. Hopkin (1998). « Early childhood infection and atopic disorder », *Thorax*, 53 : 927-32.
- Fattorusso, V. et O. Ritter (1998). *Vademecum Clinique du diagnostic au traitement*. Paris, Masson, 1785 p.
- Feyerabend, P. (1975). « How to Defend Society against Science », dans Klemke, ED. *et al.* (ed) (1998). *Introductory Readings in the Philosophy of Science - 3rd Edition*, New York, Prometheus Books, pp. 54-65.
- Ferrance, RJ. (2002). « Vaccinations : How about some facts for a change ? », *J Can Chiropractic Assoc*, 46 (3) : 167-72.
- FIIQ (Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec) (1993). « Mémoire présenté par la Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec à la Commission sur les thérapies alternatives », Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, MSSS, 1993, 6 p., <http://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca>
- Fine, PE. (1993). « Herd immunity : history, theory, practice », *Epidemiol Rev*, 15 (2) : 265-302.
- Fine, PE. *et al.* (2011). « 'Herd Immunity' : A rough guide », *Vaccines*, 52 : 912-916.
- Finn, A. et J. Savulescu (2011). « Is immunisation child protection ? », *Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60695-8
- Fischhoff, B. *et al.* (2011). *Communicationg risks and benefits : An evidence-based user's guide*, New Hampshire, FDA US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, 234 p., <http://www.fda.gov/>
- Fisher, BL. (2014). « The emerging risks of live virus and virus vectored vaccines : Vaccine strain virus infection, shedding and transmission », *NVIC Referenced Report*, 59 p.

- Fisher, MA. *et al.* (2001). « Adverse events associated with hepatitis B vaccine in U.S. children less than six years of age, 1993 and 1994 », *Ann Epidemiol*, 11 (1) : 13-21.
- Fisher, P. (2005). « Homeopathy and mainstream medicine : a dialogue of the deaf ? », *Wien Med Wochenschr*, 155 (21/22) : 474-478.
- Flanagan-Klygis, EA *et al.* (2005). « Dismissing the family who refuses vaccines : A study of pediatrician attitudes », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*, 159 : 929-934.
- Flanagan, KL. *et al.* (2011). « Sex difference in the vaccine-specific and non-targeted effects of vaccines », *Vaccine*, 29 (3) : 2349-2354.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada : A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Bulletin No. 4, New York, Carnegie Foundation.
- Floch, M. (2011). « Les enfants non vaccinés sont en meilleure santé », *Le courrier d'Alis*, 75 : 27-35.
- Foladori, G. (2005). « The challenge of infectious diseases to the biomedical paradigm », *Bulletin of Science Technology Society*, 25 (2) : 145-158.
- Fombonne, V. *et al.* (2006). « Pervasive Developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada : Prevalence and links with immunizations », *Pediatrics*, 118 (1) : e139-e150.
- Fosket, J. (2004). « Constructing « high-risk women » : The development and standardization of a breast cancer risk assessment tool », *Science, Technology & Human Values*, 29 (3) : 291-313.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, 88 p.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 211 p.
- Foucault, M. (1980). « M. Foucault étudie la raison d'État », dans Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*, T. IV, Paris, Éditions Gallimard, 912 p.
- Foucault, M. (1980b). « Entretien avec Michel Foucault », dans Foucault, Michel, 2001 [1994], *Dits et Écrits II*, Paris, Éditions Gallimard, 1736 p.

- Foucault, M. (1994). « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » dans *Dits et Ecrits*, Vol III, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1994b), «L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté», *Dits et écrits*, Vol IV, Paris, Gallimard, p. 708-729.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société. Cours au collège de France de 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 283 p.
- Foucault, M. (2003). *Naissance de la clinique*, 1963, 7ième édition 2003, Quadrige / PUF, Paris, 214 p.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours su Collège de France, 1977-1978*, 448 p.
- Foucault, M. (2009). *Le gouvernement de soi et des autres : Tome 2, Le courage de la vérité - Cours au Collège de France (1983-1984)*, Paris, Seuil, 351 p.
- Foucras, L. (2004). *Le dossier noir du vaccin contre l'Hépatite B, mensonge d'État ?*, Paris, Éditions du Rocher, 283 p.
- Four, L. et al. (2009). « Determinants of parents' reticence toward vaccination in urban areas in Benin (West Africa) », *BMC International Health and Human Rights*, 9 (supp 1) : S14.
- Fournier, D. (1992). *Évolution historique de la pensée homéopathique*, EESHQ, Sainte-Foy.
- Fournier, D. et al. (2002), *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, Québec, 133 p. <http://www.sphq.org>
- Fournier, D. et A. Taillefer (2002b). *Enquête sur l'homéopathie et les homéopathes chez les organisations membres de la Coalition canadienne de médecine homéopathique (CCMH)*, Québec, 19 p.
- Fournier D. et A. Taillefer (2003). *Témoignages des homéopathes et de leur clientèle sur une évaluation qualitative du traitement médical officiel et homéopathique*, Montréal, Syndicat Professionnel des homéopathes du Québec, SPHQ membre de la Fédération Professionnelle de la CSN, 76 p. ISBN2-9808283-1-9

- Fournier, D. (2012). « La présence des homéopathes et de l'homéopathie au Québec » dans SPHQ (2012). *La nécessaire reconnaissance des homéopathes au Québec*, SPHQ-FP-CSN, mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, Québec, pp. 26-29.
- Fournier, D. (2014). *Bibliographie de Samuel Hahnemann. Une contribution au corpus hahnemannien de langue française*, Montréal, 2013, 529p.
http://www.igm-bosch.de/content/language2/downloads/Biblio_Hahnemann-Fournier_IGMBosch-maj_avril_2014.pdf
- Fournier, D. (2016). *Base de données des publications sur les nosodes relatifs aux vaccins historiques et contemporains*, Montréal, 169 p. Mise à jour juillet 2016. [à paraître].
- Fournier, M. et al. (1987). *Science et médecine au Québec. Perspectives sociohistoriques*, Québec, IQRC (Institut québécois de recherche sur la culture), 235 p.
- Frachon, I. (2010). *Mediator 150 mg. Sous-titre censuré*, Paris, Éditions-dialogues, 152 p.
- Frackowiak, M. (2006). « Signe, discipline, désubjectivation, Rousseau avec Foucault », dans Brugère, F et al. (dir). (2006). *Foucault et les Lumières*, revue *Lumières*, 8 (2) : 123-140.
- Fraisse, G. (2007). *Du consentement*, Paris, Le Seuil (Non conforme), 136 p.
- Francoeur, LJ. (2011). « L'intégrité de l'espèce humaine en danger ? Pour le scientifique André Cicoella, l'humanité ne prend pas la juste mesure du déclin de son état de santé », *Le Devoir*, 30 mai 2011, p. A4.
- Frank, C. (2014). « Deprescribing : a new word to guide medication review », *CMAJ*, 186 (6) : 407-408.
- Frank, R. (2002). « Integrating homeopathy and biomedicine : medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians », *Sociology of Health and Illness*, 24 (6) : 796-819.
- Frasch, CE. et al. (1991). « Haemophilus b disease after vaccination with Haemophilus b polysaccharide or conjugate vaccine », *Am J Dis Child*, 145 (12) : 1379-1382.

- Freidrich, M. (1902). « How we rid Cleveland of SmallPox », *The Homoeopathic Recorder*, 17 (4) : 175-182.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance*, New York, Atherton Press, 242p.
- Fresso, JB. (2010). « Le risque et la multitude. Réflexion historique sur l'échec vaccinal de 2009 », *La vie des idées.fr*, www.laviedesidees.fr/Le-risque-et-la-multitude.html
- Fresso, JB. (2010b). « Eugène Huzar et l'invention du catastrophisme technologique », *Romantisme*, 150 : 97-103.
- Fresso, JB. (2011). « Le vaccin et ses simulacres : instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865 », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 21 (2) : 77-108.
- Fresso, JB. (2012). *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Paris, UH Seuil, 320 p.
- Freund, P. et al. (dir). (2003). *Health, illness and the social body*, New Jersey, Prentice Hall, 436 p.
- Frickel, S. et al. (2010). « Undone science : Charting social movement and civil society challenges to research agenda settings », *Science, Technology & Human Values*, 35 (4) : 444-473.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*, Oxford, Oxford University Press, 188 p.
- Fridman, W.H. (1991). *Le Cerveau mobile : de l'immunité au système immunitaire*, Paris, Hermann, 216 p.
- Fuller, C. (2010). « Reporting adverse drug reactions : What happens in the real world ? », dans Rochon Ford, A. et D. Saibil (ed) (2009). *The push to prescribe. Women and the canadian drug policy*, Toronto, Women's Press, pp. 139-159.
- Fuller, C. (2014). « Reporting adverse side effects : If you don't tell, who will ? », *PharmaWatch Canada*, 21 mai 2014, <https://pharmawatchcanada.wordpress.com/>
- Fulurija, A. et al. (2008). « Vaccination against GIP for the treatment of obesity », *PLoS ONE*, 3(9) : e3163. Doi :10.1371/ journal.pone.0003163
- Furlano, RI. (2001). « Colonic CD8 and gd T-cell infiltration with epithelial damage in children with autism », *Journal of Pediatrics*, 138 (3) : 366-372.

- Gaboury, I. *et al.* (2016). « Médecines alternatives et complémentaires. Les médecins se considèrent-ils en mesure de répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec ? », *Le Médecin de famille canadien*, 62 : e767-e771
- Galerand, E. et D. Kergoat (2014). « Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail », *La Nouvelle Revue du Travail*, [En ligne], 4 | 2014, mis en ligne le 26 avril 2014, URL : <http://nrt.revues.org/1533>
- Galison, P. (2004). « Removing knowledge », *Critical Inquiry* 31 : 229-43.
- Gallagher, CA. et MS. Goodman (2008). « Hepatitis B triple series vaccine and developmental disability in US children aged 1-9 years », *Toxicological and Environmental Chemistry*, 90 (5) : 997-1008.
- Gallagher, CA. et MS. Goodman (2010). « Hepatitis B vaccination of male neonates and autism diagnosis, NHIS 1997-2002 », *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 73 (24) : 1665-1677.
- Gallagher, F. *et al.* (2009). *Pourquoi les couvertures vaccinales des nourrissons sont sous-optimales : point de vue des parents et de professionnels*, Congrès annuel de l'OIIQ, « Vers un leadership renouvelé », Université de Sherbrooke, INSPQ, Direction de la santé publique, 42 p.
- Gallant, DP. *et al.* (2006). « Influenza vaccination. A call for a multiple intervention approach », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97 (2) : 136-138.
- Gangarosa, EJ. *et al.* (1998). « Impact of anti-vaccine movements on pertussis control : the untold story », *Lancet*, 351 : 356-361.
- Gatti, AM. et S. Montanari (2017). « New quality-control investigations on vaccines : Micro- and nanocontamination », *International Journal of Vaccines and Vaccination*, 4 (1) : 00072. DOI : 10.15406/ijvv.2017.04.00072
- Gatto, M. *et al.* (2013). « Human papillomavirus vaccine and systemic lupus erythematosus », *Clin Rheumatol*, 32 : 1301-1307.
- Gaublomme, K. (2003). « Vaccinations et maladies auto-immunes », dans Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, pp. 63-74.
- Gaucher, C. *et al.* (1993). « Cholera and homoeopathic medicine. The Peruvian experience », *British Homoeopathic Journal*, 82 : 155-163.

- Gaumer, B. et G. Desrosiers (2004). « L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du système », *Ruptures*, 10 (1) : 52-70.
- Geier, MR. et DA. Geier (2003). « Pediatric MMR vaccination safety », *International Pediatrics*, 18 : 203-208.
- Gellin, GB. *et al.* (2000). « Do parents understand immunizations ? A national telephone survey », *Pediatrics*, 106 (5) : 1097-102.
- Gelly, M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Parie, L'Harmattan, 244 p.
- Gemmil, I. (2006). « Immunisation obligatoire des dispensateurs de soins de santé. L'heure est venue », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97 (2) : 88-89.
- Geoffrion, P. (1992). « Le groupe de discussion », dans Gauthier, B. (dir) (1992). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 311-335.
- Georget, M. (2003). « Origines et conséquences des contaminations et impuretés des vaccins », dans Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, p. 75-92.
- Georget, M. (2009). *Vaccinations. Les vérités indésirables*, Paris, Éditions Dangles, 464 p.
- Georget, M. (2009b). « Le marché du vaccin, l'éthique et l'information », dans *Vaccinations. Les vérités indésirables*, Paris, Éditions Dangles, pp. 357-364.
- Georget, M. (2014). *L'apport des vaccinations à la santé publique*, Paris, Éditions Dangles, 266 p.
- Gerein, K. (2013). « Flu vaccination rates worry health officials », *Edmonton Journal*, july 7, <http://www.edmontonjournal.com/>
- Gérvas, J. et PR. Mansfield (2009). « Physicians, the industry and population health », *J Epidemiol Community Health*, 63 (10) : 773-774.
- Gérvas, J. (2012). « A few reasons to say no, thanks, to influenza/flu vaccines (evidence base Cochrane Reviews vs industrial base CDC and ECDC recommendations) », *Equipocesca*, www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2012/09/flu-vaccine-reasons-no-Sept-2012.pdf

- Giacomini, MK. (2001). « Les ‘preuves’ issues de la recherche qualitative : une route semée d’embûches », *Evidence-Based Medicine*, 6 (1) : 4-6.
- Giersing, BK. *et al.* (2016). « Report from the World Health Organization’s Product Development for Vaccines Advisory Committee (PDVC) meeting, Geneva, 7-9th Sep 2015 », *Vaccine*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.02.078>
- Gilkey, MB. *et al.* (2015). « Quality of physician communication about Human Papillomavirus Vaccine : findings from a national survey », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24 (11) : 1673-1679.
- Girard, M. (2004). « Misconceptions about the new combination vaccine, response », *BMJ*, 329 : 411.
- Girard, M. (2004b). « Vaccination contre l’hépatite B : essai de bilan chiffré », <http://www.rolandsimion.fr>
- Girard, M. (2005). « Autoimmune hazards of hepatitis B vaccine », *Autoimmunity Reviews*, 4 : 96-100.
- Girard, M. (2009). *Alertes grippales. Comprendre et choisir*, Paris, Éditions Dangles, 250 p.
- Girard, M. (2011). *Médicaments dangereux : à qui la faute ?*, Paris, Éditions Dangles, 128 p.
- Girard, M. (2013). « Pénurie de médicaments : une interview du Dr Girard », Site Web du Dr Marc Girard, 19 août 2013, 4 p. <http://www.rolandsimion.org/>
- Girard, M. (2014). « Y a-t-il des raisons objectives de se méfier des vaccins ? », Site Web du Dr Marc Girard, 12 octobre 2014, 15 p. <http://www.rolandsimion.org/>
- Glanz, JM. *et al.* (2013). « A mixed methods study of parental vaccine decision making and parent-provider trust », *Acad Pediatr*, 13 (5) : 481-488.
- Glaser, BG. et AL. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory*, Chicago, Aldine Transaction, 271 p.
- Glaser, BG. (1998). *Doing Grounded Theory. Issues and Discussions*, California, Sociology Press, 254 p.
- GlaxoSmithKline (2015). *INFANRIXhexa*, Monographie du produit, 33 p. <http://www.gsk.ca/>

- Gnassi, B. (1989). « La documentation parallèle : le rôle d'intermédiaire du bibliothécaire », *Revue Parlementaire Canadienne*, 12 (1) : 18-22.
- Goldacre, B. (2012). *Bad Pharma : How drug companies mislead doctors and harm patients*, London, Fourth Estate Editions, 430 p.
- Goldberg, B. (1963). « Les Nosodes en thérapeutique homéopathique », *The Homoeopathic Magazine*, 4 : 5-10.
- Golden, I. (2004). *Homoeoprophylaxis – A Fifteen Year Clinical Study (A Statistical Review of the Efficacy and Safety of Long-Term Homoeoprophylaxis)*, Daylesford, Aurum Pty Ltd.
- Golden, I. (2007). *Vaccination and Homoeoprophylaxis ? A review of risks and alternatives*, Australie, I. Golden Publisher, 264 p.
- Golden, I. (2013). *The complete practitioner's manual of homeoprophylaxis*, Victoria, Emrys, 224 p.
- Golden, I. et G. Bracho (2014). « A reevaluation of the effectiveness of homoeoprophylaxis against Leptospirosis in Cuba in 2007 and 2008 », *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 19 (3) : 155-160.
- Goldenberg, MJ. (2006). « On evidence and evidence-based medicine : Lessons from the philosophy of science », *Social Science and Medicine*, 62 : 2621-2632.
- Golder, S. *et al.* (2016). « Reporting of adverse events in published and unpublished studies of health care interventions : A systematic review », *PloSMed*, 13 (9) : e1002127.
- Goldman, GS. (2006). « The case against Universal Varicella Vaccination », *International Journal of Toxicology*, 25 : 313-317.
- Goldman, GS. (2013). « Comparison of VAERS fetal-loss reports during three consecutive influenza seasons : Was there a synergistic fetal toxicity associated with the two-vaccine 2009/2010 season ? », *Human and Experimental Toxicology*, 32 (5) : 464-475.
- Goldstein, S. *et al.* (2015). « Health communication and vaccine hesitancy », *Vaccine*, 2412-4214.

- Gonwong, S. *et al.* (2016). « Measles susceptibility in young Thai men suggest need for young adult measles vaccination : a cross sectional study », *BMC Public Health*, 16 : 309 DOI 10.1186/s12889-016-2987-z
- Gonzalez-Gonzalez, C. *et al.* (2013). « Strategies to improve adverse drug reporting : a critical and systematic review », *Drug Safety*, 36 (5) : 317-328.
- Goossen, G. *et al.* (2009). « Influenza vaccination in children being treated with chemotherapy for cancer », *Cochrane Database of Syst Rev*, 2 : CD006484.
- Gori, R. (2009). « L'expertise : une nouvelle forme de censure sociale, dans Yaya HS. (dir) (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, pp : 121-139.
- Gottlieb, SD. (2016). « Vaccine resistances reconsidered : vaccine skeptics and the Jenny McCarthy effect », *BioSocieties*, 11 (2) : 152-174.
- Gotzsche, P. (2012). *Mammography screening. Truth, lies and controversy*, London, Radcliffe Publishing, 388 p.
- Gotzsche, P. (2013). *Deadly medicines and organised crime : How Big Pharma has corrupted healthcare*, London, Radcliffe Medical Press, 320 p.
- Goulet, D. (2004). « Professionnalisation et monopolisation des soins: le Collège des médecins du Québec 1847-1940 », *Ruptures, revue transdisciplinaire*, 10 (1) : 39-51.
- Goulet, D. et R. Gagnon (2014). *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000. De l'art de soigner à la science de guérir*, Québec, Septentrion, 450 p.
- Gourgues, JM. (2014). « Les manuels scolaires : courroie de transmission des connaissances de la colonialité dans les pays périphérisés », *Haïti Perspectives*, 3 (3) : 7-11.
- Gout, O. *et al.* (1997). « Central nervous system demyelination after recombinant hepatitis B vaccination : report of 25 cases », *Neurology*, 48 : A424.
- Gouvernement du Canada (2015). « Effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI). Rapport trimestriel pour 2015-T1 », 12 p. <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine...dverse-events-2015-1-immunisation-effets-secondaires/index-fra.php>

- Gouvernement du Québec (2016). « Groupe de médecine de famille (GMF) », Portail Santé Mieux-Être, Gouvernement du Québec, <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/>
- GOV.UK (2013). « Estimating the coverage of MMR vaccine in English secondary school-children in 2013 », *Department of Health*, <https://www.gov.uk/government/uploads/>
- Graham, J. (2016). « Ambiguous capture : collaborative capitalism and the Meningitis Vaccine Project », *Medical Anthropology*, DOI: 10.1080/01459740.2016.1167055
- Gravel, P. (2013). « Un substitut du sang largement utilisé s'avère dangereux », *Le Devoir*, 20 février 2013, p. A1.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*, 11^{ème} édition, Paris, Éditions Dalloz, 1019 p.
- Grenet, P. et F. Verliac (1975). *Précis de médecine infantile*, Paris, Masson, 926 p.
- Grifo, F. *et al.* (2012). *Heads they win, tails we lose. How Corporations corrupt science at the public's expense*, The Union of Concerned Scientists (UCS), Cambridge, UCS Publications, 64 p.
- Griscelli, C. (1999). *Vaccinations. Actualités et perspectives*, Paris, Éditions INSERM, 349 p.
- Groger, L. *et al.* (1999). « What we didn't learn because of who would not talk to us », *Qualitative Health Research*, 9 (6) : 829-835.
- Grohskopf, L. *et al.* (2012). « Prevention and Control of Influenza with Vaccines : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) — United States, 2012–13 Influenza Season », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Centers for Disease Control and Prevention, 61 (32) : 613-618. <http://www.cdc.gov>.
- Groleau, D. *et al.* (2006). « The McGill Narrative Interview (MINI) : An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience », *Transcultural Psychiatry*, 43 (4) : 671-691.
- Groleau, D. *et al.* (2009). « Enhancing generalizability : Moving from an intimate to a political voice », *Qualitative Health Research*, 19 (3) : 416-426.

- Groll, DL. et DJ. Thomson (2006). « Incidence of influenza in Ontario following the Universal Influenza Immunization Campaign », *Vaccine*, 24 : 5245-5250.
- Grondin, N. (2015). « Vaccination : contraindre ou non ? », *ICI Radio-Canada.ca*, 12 mars 2015, <http://ici.radio-canada.ca/regions/alberta/2015/03/12/008-vaccination-obligatoire-alberta-eclosion-rougeole-enfant-ecoles.shtml>
- Grosfoguel, R. et J. Cohen (2012). « Un dialogue décolonial sur les savoirs critiques entre Franz Fanon et Boaventura de Sousa Santos », *Mouvements*, 72 : 42-53.
- Grosjean, O. (2010). *Santé, jusqu'où irons-nous ? Fabriquer des patients pour tuer la Sécu*, Charleroi EB, Éditions Couleur Livres, 119 p.
- Gross, M. (2007). « The unknown in process : Dynamic connections of ignorance, non-knowledge and related concepts », *Current Sociology*, 55 (5) : 742-759.
- Gross, S. (2009). « Experts and 'knowledge that counts' : A study into the world of brain cancer diagnosis », *Social Science and Medicine*, 69 : 1819-1826.
- Gross, W. (1834). « Praktische Beobachtungen », *Allgemeine Homöopathische Zeitung*, 4 (13) : 193-199.
- Grosz, E. (1994). *Volatile bodies : Toward a corporeal feminism*, Bloomington, Indiana University Press, 292 p.
- Grosz, E. (1993). « Bodies and Knowledges: Feminism and the Crisis of Reason », dans L. Alcoff, L. et E. Potter (eds). (1993). *Feminist Epistemologies*, London, Routledge, pp. 187-216.
- Groupe de réflexion sur les vaccins (2007). *Qui aime bien, vaccine peu !*, Genève, Éditions Jouvence, 95 p.
- Groupe Multi-Réso (1990). *Le pharmacien et le public*, Sondage pour l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Guay, M. et al. (2009). « Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales ? », Sherbrooke, QC : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Direction de la coordination et des affaires académiques, 2009.
- Guba, EG. (1990). *The paradigm Dialog*, London, Sage Publications, 424 p.

- Guba, EG. et YS. Lincoln (1989). *Fourth generation evaluation*, London, Sage Publications, 296 p.
- Guillaumin, C. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir*, Paris, Éditions Côté-femmes, 239 p.
- Guillemette, F. (2006). « L'approche de la *grounded theory* ; pour innover ? », *Recherches Qualitatives*, 26 (1) : 32-50.
- Gupta, RK. *et al.* (1995). « Adjuvant properties of aluminium and calcium compounds, *Pharm Biotechnol*, 6 : 229-48.
- Gust, DA. *et al.* (2004). « Underimmunization status among children : effects of vaccine safety concerns on immunization status, *Pediatrics*, 114 (1) : e16—22.
- Gust, DA. (2008). « Parents with doubts about vaccines : which vaccines and reasons why », *Pediatrics*, 122 (4) : 718-725.
- Gustafson, T. *et al.* (1987). « Measles outbreak in a fully immunized secondary-school population », *New England Journal of Medicine*, 316 : 771-774.
- Guthmann, JP, *et al.* (2012). *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 98 p. <http://www.invs.sante.fr>
- Habakus, LK. (2011). « A human rights assessment », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp 19-26.
- Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, 368 p.
- Habermas, J. (1979). *Connaissance et intérêt*, Paris, Éditions Gallimard, 392 p.
- Hacking, I. (1990). *The taming of chance*, Cambridge, Cambridge University Press, 277 p.
- Kackley, BK. (2002). « Controversies in immunization : Vaccine safety and implications for midwifery practice », *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47 (1) : 16-27.

- Hadler, HM. (2008). *Le dernier des bien portants. Comment mettre son bien-être à l'abri des services de santé*, traduction de Fernand Turcotte, Québec, PUL, 335 p.
- Haffer, KN. (2012). « Effects of novel vaccines on weight loss in diet-induced-obese (DIO) mice », *Journal of Animal Science and Biotechnology*, 3 : 21.
- Hahnemann, S. (1801). *Guérison et prévention de la fièvre scarlatine (Heilung und Verhütung des Scharlach-Fiebers von Samuel Hahnemann)*, Gotha, Becker, in-8°, VIII² et 40 p. dans Fournier, D. (2012). *Le corpus hahnemannien de langue française. Étude bibliographique de l'oeuvre publique du fondateur de la médecine homéopathique, Christian Friedrich Samuel Hahnemann*, Montréal, 2012, 439 p. (à paraître).
- Hahnemann, S. (1824). *Organon de l'art de guérir*, traduction par EG De Brunnow, Dresde, Arnold éditeur.
- Hahnemann, S. (1832). *Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques par S. Hahnemann*, 2 tomes, Paris, J.-B. Baillière, tome premier 568 p. et tome second, 681p.
- Hahnemann, S. (1842). *Organon de l'art de guérir*, publié en 1921 par R. Haehl, trad. RC. Roy, Paris, Éditions Boiron, 1984, 185 p.
- Haicault, M. (1993). « La doxa de sexe, une approche du symbolique dans les rapports sociaux de sexe », *Recherches Féministes*, 6 (2) : 7-20.
- Hak, E. et al. (2005). « Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in Dutch childhood vaccination program », *Vaccine*, 23 (24) : 3103-3107.
- Hale, EM. (1864). *New remedies : Their pathogenetic effects and therapeutical application in homoeopathic practice*, Pennsylvania, Lodge Editions, 447 p..
- Halperin, BA. et al. (1998). « Comparison of parental and health care professional preferences for acellular or whole cell pertussis vaccine », *Pediatr Infect Dis Journal*, 17 (2) : 103-109.
- Halperin, SA. (2000). « How to manage parents unsure about immunization », *Can J CME*, janvier 2000 : 62-74.
- Halperin, SA. et al. (2003). « Nature, evolution, and appraisal of adverse events and antibody response associated with the fifth consecutive dose of a five-component acellular pertussis-based combination vaccine », *Vaccine*, 21 (18-20) : 2298-2306.

- Halvorsen, R. (2007). *The Truth about Vaccines: How We Are Used as Guinea Pigs without Knowing It*, London, Gibson Square Books, 320 p.
- Hamid, A. *et al.* (2010). « Impact des injections multiples sur l'observance du calendrier de vaccination et opinions des parents en Montérégie », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 101 (1) : 20-24.
- Hamilton, M. *et al.* (2004). « Why do parents choose not to immunise their children? », *The New Zealand Medical Journal*, 117 (1189) : 768-774.
- Hang Lee, S. (2012). « Detection of human papillomavirus (HPV) L1 gene DNA possibly bound to particulate aluminum adjuvant in the HPV vaccine Gardasil », *Journal of Inorganic Biochemistry*, 117 : 85-92.
- Hanna, P. (2012). « Using internet technologies (such as Skype) as a research medium : a research note », *Qualitative Research*, 12 (2) : 239-242.
- Haraway, DJ. (1989). « The biopolitics of postmodern bodies : Determinations of self in the immune system discourse », *Differences : A Journal of Feminist Cultural Studies*, 1 (1) : 3-43.
- Haraway, DJ. (1989b). *Primate visions : Gender, race, and nature in the world of modern science*, New York, Routledge, 486 p.
- Haraway, D. (1991). « Situated knowledges : The science question in feminism and the privilege of partial perspective », dans Harding, S. (ed) (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, pp. 81-101.
- Harbarth, S, *et al.* (1998). « Influenza immunization : improving compliance of healthcare workers », *Infect Control Hosp Epidemiol*, 19 (5) : 337-342.
- Harding, S. (1991b). « L'instabilité des catégories analytiques de la théorie féministe » (1^{ère} partie et fin), Première publication en avril 1991. Mise en ligne le mardi 13 juin 2004, 15 p. <http://multitudes.samizdat.net/article1705.html> et <http://multitudes.samizdat.net/L-instabilite-des-categories.570.html>
- Harding, S. (1998). *Is science multicultural ? Postcolonialisms, feminisms and epistemologies*, Bloomington, Indiana University Press, 242 p.
- Harding, S. (1993). « Rethinking Standpoint epistemology : What is 'strong objectivity' ? », dans Harding, S. (ed) (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, pp. 127-140.

- Harding, S. (ed) (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, 378 p.
- Harding, S. (2006). « Two influential theories of ignorance and philosophy's interests in ignoring them », *Hypatia*, 21 (3) : 20-36.
- Harris, T. *et al.* (2001). « Primary care professionals' knowledge of contraindications », *Community Practitioner*, 24 (2) : 66-67.
- Hartsock, N. (1983). « The feminist standpoint : Developing the ground for a specifically feminist historical materialism », dans Harding, S. (ed) (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, pp. 35-53.
- Harvey, R. (2009). « Syndicalisme et pandémie grippale. Les professionnelles de la santé sont exclues du processus de consultation » *Le Devoir*, CAHIER SPÉCIAL, samedi, 7 novembre 2009, p. B12.
- Hazell, L. et SA. Shakir (2006). « Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review », *Drug Safety*, 29 (5) : 385-396.
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*, Berkeley, University of California Press, 320 p.
- Heckathorn, D.D. (2002). « Respondent driven sampling II : deriving valid population estimates from Chain-Referral samples of hidden populations », *Sociological Problems*, 49 (1) : 11-34.
- Heininger, U. (2006). « An Internet-based survey on parental attitudes towards immunization », *Vaccine*, 24 (37-39) : 6351-6355.
- Herzlich, C. et J. Pierret (1987). *Illness and self in society*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 288 p.
- Hernan, MA. *et al.* (2003). « Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2 : 189-190.
- Hernan, MA. *et al.* (2004). « Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study », *Neurology*, 63 : 772-773.
- Herzog, R. *et al.* (2013). « Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes ? », *BMC Public Health*, 13 : 154 doi:10.1186/1471-2458-13-154

- Hessel, L. (2003). « La valeur des vaccins : promouvoir la santé grâce à la vaccination », dans Autrive, P. *et al.* (2003). *Les vaccinations en question*, Paris, Éditions Frison-Roche, pp. 103-108.
- Heurter, H, *et al.* (2002). « Connaissances et attitudes relativement à l'immunisation systématique des enfants chez les infirmières en pédiatrie travaillant dans un centre de soins tertiaires », 5^{ème} conférence canadienne nationale sur l'immunisation, Victoria, B-C.
- Heurter, H. (2003). « Childhood immunization. How knowledgeable are we ? », *Canadian Nurse*, 99 (4) : 27-31.
- Hewitson, L. *et al.* (2010). « Delayed Acquisition of Neonatal Reflexes in Newborn Primates Receiving A Thimerosal-Containing Hepatitis B Vaccine : Influence of Gestational Age and Birth Weight », *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 73 (19) : 1298-1313.
- Hewitson, L. *et al.* (2010b). « Influence of pediatric vaccines on amygdala growth and opioid ligand binding in rhesus macaque infants : A pilot study », *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 70 : 147-164.
- Higgs, P. (1998). « Risk, governmentality and the reconceptualization of citizenship », dans Scambler, G. et P. Higgs (ed) (1998). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, pp. 176-197.
- Hill, RB. et R. Anderson (1991). « The autopsy crisis reexamined : The case for a national autopsy policy », *The Milkbank Quarterly*, 69 (1) : 51-78.
- Hills, AK. (1875). « Vaccination. The transmission of Syphilis by vaccination », *The Hahnemannian Monthly*, IX (1) : 43-45.
- Hilton, S. *et al.* (2006). « 'Combined vaccines are like a sudden onslaught to the body's immune system' : Parental concerns about vaccine 'overload' and 'immune-vulnerability' », *Vaccine*, 24 : 4321-4327.
- Hinman, AR. (2000). « How should physicians and nurses deal with people who do not want immunizations ? », *Canadian Journal of Public Health*, 91 (4) : 248-251.
- Hirte, M. *et al.* (2011). « The timing of vaccination is important », *Deutsches Ärzteblatt International*, 108 (41) : 696.
- Hobson-West, P. (2003). « Understanding vaccination resistance : moving beyond risk », *Health, Risk and Society*, 5 (3) : 273-283.

- Hobson-West, P. (2007). « 'Trusting blindly can be the biggest risk of all' : organised resistance to childhood vaccination in the UK », *Sociology of Health and Illness*, 29 (2) : 198-215.
- Hobson-West, P. (2007b). « Reframing risk. How risk discourses are used by vaccine critical groups in the UK », dans Petersen, A. et I. Wilkinson (2007). *Health, Risk, and Vulnerability*, London, Routledge, pp. 143-159.
- Hoffman, FL. (1916). « The mortality from cancer in the Western hemisphere », *J Cancer Res*, 1 : 21-48.
- Hohl, CM. *et al.* (2010). « Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems ? », *Annals of Emergency Medicine*, 55 (6) : 493-502.
- Holland, M. (2010). « Who is Dr. Andrew Wakefield ? », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp 223-234.
- Holmes, D. *et al.* (2006). « Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences : truth, power and fascism », *Int J Evid Based Health*, 4 : 180-186.
- Hoogsteder, P. *et al.* (2012). « The efficacy and safety of a nicotine conjugate vaccine (NicVAX®) or placebo co-administered with varenicline (Champix®) for smoking cessation : study protocol of a phase IIb, double blind, randomized, placebo controlled trial », *BMC Public Health*, 12 : 1052. Doi :10.1186/1471-2458-12-1052.
- Hoption Cann, SA. *et al.* (2006). « Acute infections as a means of cancer prevention : Opposing effects to chronic infections ? », *Cancer Detection and Prevention*, 30 : 83-93.
- Horel, S. (2010). *Les médicamenteurs*, Paris, Éditions du Moment, 315 p.
- Horowitz, C. (1983). « Immunizations and Informed Consent », *Mothering*, Winter 1983, 37-41.
- Hough-Telford, C. *et al.* (2016) « Vaccine delays, refusals, and patient dismissals : A survey of pediatricians », *Pediatrics*, e20162127; DOI : 10.1542/peds.2016-2127
- House of Lords (2002). *Science and technology. Sixth Report on Complementary and Alternative Medicine*, Science and Technology Committee Publications, 198 p.

- HSF-France (homéopathes sans frontières) (2011). « Situation de l'homéopathie en Inde », <http://www.hsf-france.com/>
- Hubbard, EW. (1966). « Brief study course in homeopathy : suppression », *Journal of the American Institute of Homoeopathy*, 59 (1-2) : 58-60.
- Huberman, M. et MB. Miles (2003). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, 2^{ème} édition, Bruxelles, De Boeck Université, 626 p.
- Hudon, R. *et al.* (2009). « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », *Recherches Sociographiques*, 50 (2) : 255-281.
- Hudson, P. *et al.* (2000). « Psychosocial determinants of immunization among health providers working in a support program for low income families in Montreal », Affiche présentée à la 4^{ème} conférence nationale sur l'immunisation, December 3-6, Halifax, Nouvelle-Écosse.
- Huerkamp, C. (1985). « The History of Smallpox Vaccination in Germany : A First Step in the Medicalization of the General Public », *Journal of Contemporary History*, 20 : 617-635.
- Hurel, S. (2016). *Rapport sur la politique vaccinale*, Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 122 p. <http://social-sante.gouv.fr/>
- Humphries, S. et R. Bystryanyk (2013). *Dissolving illusions. Diseases, vaccines, and the forgotten history*, UK, à compte d'auteurs, 503 p.
- Hurwitz, EL. et H. Morgenstern (2000). « Effects of Diphtheria-Tetanus-Pertussin or Tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States », *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 23 (2) : 81-90.
- Huston, P. (2006). « Droits individuels, bien collectif et devoir de diligence », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97 (2) : 85.
- Huzar, E. (1855). *La fin du monde par la science*, Paris, Édition 2008, Collection Chercheurs d'ère, 149 p.
- ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) (2011). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2011*, Ottawa (Ont.), ICIS, 145 p.
- Illich, I. (1976). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Éditions du Seuil, 217 p.

- Inbar, R. *et al.* (2017). « Behavioral abnormalities in female mice following administration of aluminum adjuvants and the human papillomavirus (HPV) vaccine Gardasil », *Immunologic Research*, 65 (1) : 136-149.
- INHf (Institut National Homéopathique Français – Paris) (2010). « L'homéopathie classique/uniciste en France », <http://www.inhfparis.com>
- INPES (2009). « Vaccinations, Guide pratique pour le médecin, 39 p. dans *Dossier Vaccinations. Ouvrons le dialogue*, site www.inpes.sante.fr.
- IOM (Institute of Medicine). (2002). *Immunization Safety Review – Immunizations and Immune Dysfunction*, Summary, Washington, National Academy Press Publications, 37 p.
- IOM (Institute of Medicine). (2004). *Immunization Safety Review : Vaccines and Autism*, Washington, National Academy Press Publications, 214 p.
- Ioannidis, JP. (2005). « Why most published research findings are false », *PLoS Medicine*, 2 (8) : e124.
- Israeli, E. *et al.* (2009). « Adjuvants and autoimmunity », *Lupus*, 18 : 1217-1225.
- Israeli, E. *et al.* (2012). « Guillain-Barré syndrome – a classical autoimmune disease triggered by infection or vaccination », *Clinical Revue Allergy Immunol*, 42 : 121-130.
- IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) (2005). « Les antibiotiques ont-ils atteint leur limite ? », *Le traitement des maladies infectieuses à l'ère post-antibiotique – Rapport d'atelier*, 10 et 11 mars 2005, Vancouver, CB, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27879.html>
- Jaber, L. *et al.* (1988) « Infectious episodes following diphtheria-pertussis-tetanus vaccination. A preliminary observation in infants », *Clin Pediatr (Phila)*, 27 (10) : 491-494.
- Jack, RA. (1989). « In light of experience. The polio saga of 1958 », *British Hemoeopathic Journal*, 78 : 34-40.
- Jacoby, S. (2008). *The age of American unreason*, New York, Random House Inc., 384 p.
- Jamoulle, M. (2012). « Prévention quaternaire et limites en médecine », *Pratiques*, octobre 2012, <https://orbi.ulg.ac.be/>

- Janjua, NZ. *et al.* (2010). « Seasonal influenza vaccine and increased risk of pandemic A/H1N1-related illness : First detection of association in British Columbia, Canada », *Clinical Infectious Diseases*, 51 (9) : 1017-1027.
- Janz, NK. et MH. Becker (1984), « The Health Belief Model : A Decade Later », *Health Education Quarterly*, 11 : 1-47.
- Jarrett, C. *et al.* (2015). « Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review », *Vaccine*, 33 : 4180-4190.
- Jasanoff, S. (2003). « Breaking the waves in science studies : Comment on HM. Collins and Robert Evans, 'The third wave of science studies' », *Social Studies of Science*, 33 (3) : 389-400.
- Jasanoff, S. (ed) (2004). *States of knowledge : The co-production of science and social order*, London, Routledge, 352 p.
- JeanBlanc, A. (2017). « L'OMS dans les griffes des lobbyistes ? », *Le Point*, 4 avril 2017, <http://www.lepoint.fr/editos-du-point/>
- Jefferson, T. (1998). « Vaccination and its adverse effects : real or perceived », *BMJ*, 317 : 159-160.
- Jefferson, T. *et al.* (1999). « Vaccines and their real or perceived adverse effects », *BMJ*, 318 : 1487.
- Jefferson, T. et V. Demicheli (2007). « Influenza vaccination for elderly people and their care workers », *Lancet*, 369 (9576) : 1857-1858.
- Jefferson, T. *et al.* (2005). « Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children : systematic review », *Lancet*, 365 : 773-780.
- Jefferson, T. *et al.* (2005b). « Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people : a systematic review », *Lancet*, 366 : 1165-1174.
- Jefferson, T. *et al.* (2008). « Vaccines for preventing influenza in healthy children », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD004879. DOI : 10.1002/14651858.CD004879.pub3.
- Jefferson, T. (2009). « Influenza », *Clinical Evidence (Online)*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907815/?tool=pmcentrez>

- Jefferson, T. *et al.* (2009). « Inactivated influenza vaccines : Methods, policies, and politics », *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (7) : 677–686.
- Jefferson, T. *et al.* (2009b). « Relation of study quality, concordance, take home message, finding and impact in studies of influenza vaccines : systematic review », *BMJ*, 338 : b354.
- Jefferson, T. *et al.* (2010). « Vaccines for preventing influenza in healthy adults (review), *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD001269. DOI: 10.1002/14651858.CD001269.pub4, 119 p.
- Jefferson, T. et TJ. Lasserson (2010). « Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly », *Cochrane Database Syst Rev*, 17 (2) : CD005187.
- Jefferson, T. et TJ. Lasserson (2013). « Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Updated », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD005187. DOI: 10.1002/14651858.CD005187.pub4
- Jefferson, T. *et al.* (2012). « Vaccines for preventing influenza in healthy children », *Cochrane Database Syst Rev*, 15 (8) : CD004879
- Jefferson, T. et L. Jorgensen (2016). « Human papillomavirus vaccines, complex regional pain syndrome, postural orthostatic tachycardia syndrome, and autonomic dysfunction – a review of the regulatory evidence from the European Medicines Agency », *Indian Journal of Medical Ethics*, Published online october 17, 2016
- Jefferys, R. (2001). « T cells and vaccination », *The Lancet*, 358 (9280) : 505.
- Jelleyman, T. et A. Ure (2004). « Attitudes to immunisation : a survey of health professionals in the Rotorua District », *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117 (1189) : U769.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence*, Québec, PUQ, 424 p.
- Jick, H. et JA. Kaye (2004), « Autism and DPT vaccination in the United Kingdom », *N Engl J Med*, 350 : 2722-2723.
- Jodelet, D. (2006). « Culture et pratiques de santé» *Nouvelle Revue de Psychologie*, no 1 : 219-239, tiré du site <http://classiques.uqac.ca/>

- John, TJ. et R. Samuel (2000). « Herd immunity and herd effect : new insights and definitions », *European Journal of Epidemiology*, 16 : 601-606.
- Johnson, DG. (1999). « Reframing the question of forbidden knowledge for modern science », *Science and Engineering Ethics*, 5 (4) : 445-461.
- Jonas, WB. (2001). « The evidence house », *West J Med*, 175 : 79-80.
- Joshi, AY. *et al.* (2012). « Effectiveness of trivalent influenza vaccine in influenza-related hospitalization in children : a case-control study », *Allergy Asthma Proc*, 33 (2) : e23-27.
- Joyeux, H. (2016). « Rendez-vous le vaccin DT-Polio sans aluminium », *Institut pour la protection de la santé naturelle*, Bruxelles, <http://petitions.ipnsn.eu/penurie-vaccin-dt-polio/>, 8 p.
- Julian, OA. (1980). *Julian's Materia Medica of Nosodes with repertory. Treatise on dynamised micro-immunotherapy*, New Delhi, B. Jain Publishers Ltd., 722 p.
- Julien, CM. (2010). *Description des pratiques vaccinales d'infirmières en situation de refus parental avant et après une formation interactive*, mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal, 105 p. [non publié]
- Jutel, A. (2011). « Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society », Baltimore, John Hopkins University Press, 200p.
- Kabir, Z. et P. Aaby (2005). « Non-specific effect of Measles vaccination on all-cause child mortality : Revisited », *Indian Pediatrics*, 42 : 541-544.
- Kahan, DM. *et al.* (2010). « Who fears the HPV vaccine, Who doesn't, and why ? An experimental study of the mechanism of cultural cognition », *Law and Human Behavior*, 4 : à venir.
- Kaic, B. *et al.* (2010). « Spotlight on measles 2010 : Excretion of vaccine strain measles virus in urine and pharyngeal secretions of a child with vaccine associated febrile rash illness, Croatia, March 2010 », *Euro Surveill*, 15 (35) : 1-2.
- Kalitzkus, V. et PF. Matthiessen (2009). « Narrative-based medicine : potential, pitfalls, and practice », *The Permanente Journal*, 13 (1) : 80-86.
- Kamradt-Scott, A. (2013). « The politics of medicine and the global governance of pandemic influenza », *International Journal of Health Services*, 43 (1) : 105-121.

- Karp, C. *et al.* (1996). « Mechanism of suppression of cell-mediated immunity by measles virus », *Science*, 273 : 228-231.
- Kasper, AS. et SJ. Ferguson (2002). *Breast Cancer. Society shapes an epidemic*, New York, Palgrave, 388 p.
- Kata, A. (2010). « A postmodern Pandora's box : Anti-vaccination misinformation on the Internet », *Vaccine*, 28 : 1709-1716.
- Kata, A. (2011). « Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement », *Vaccine*, doi:10.1016/j.vaccine.2011.11.112.
- Katzav, A. *et al.* (2012). « Adjuvant immunization induces high levels of pathogenic antiphospholipid antibodies in genetically prone mice : another facet of the ASIA syndrome », *Lupus*, 21 : 210-216.
- Kaufman, J. *et al.* (2016). « Outcome mapping study for childhood vaccination communication : too few concepts were measured in too many ways », *Journal of Clinical Epidemiology*, 72 : 33-44.
- Kaufman, M. (1967). « The American anti-vaccinationists and their arguments », *Bulletin of the History of Medicine*, 41 : 463-478.
- Kaufman, SR. (2010). « Regarding the rise in autism : Vaccine safety doubt, conditions of inquiry, and the shape of freedom », *ETHOS*, 38 (1) : 8-32.
- Keddy, B. *et al.* (1996). « Grounded theory as feminist research methodology », *Journal of Advanced Nursing*, 23 (3) : 448-453.
- Keelan, JE. (2004). *The Canadian Anti-vaccination Leagues, 1872-1892*, Thèse de doctorat, Université de Toronto, ISBN : 0612943755 [thèse non publiée]
- Keelan, JE. (2006). « Biopolitics and the Body Politic : Anti-vaccinationism in Canada from a Historical Perspective », dans Cohen, JC. et JE. Keelan (ed). *Comparative Program on Health and Society Lupina Foundation Working Papers Series 2004-2005*, Munk Centre for International Studies, University of Toronto, www.utwww.utoronto.ca/mcis
- Keelan JE. et K. Wilson (2011). « Balancing vaccine science and National Policy objectives : lessons from the National Vaccine Injury Compensation Program Omnibus Autism Proceedings », *Am J Public Health*, 101 (11) : 2016- 2021.

- Kelleher, D., J., Gabe et G., Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2 ed, London, Routledge, 189 p.
- Keller-Stanislawski, B. *et al.* (2003). « Verdachtsfälle von Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen nach dem Arzneimittelgesetz vom 1.1.2001 bis zum 31.12.2003 (Complications vaccinales soupçonnées d'après la Loi de protection contre l'infection et cas suspects d'effets secondaires après le médicament – signalées entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2003) », *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 47: 1151-1164.
- Kelner, M. et J. Wellman *et al.* (dir) (2003). *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Kemp, T. *et al.* (1997). « Is infant immunization a risk factor for childhood asthma and allergy ? », *Epidemiology*, 8 (6) : 678-680.
- Kempner, J. *et al.* (2005). « Forbidden knowledge », *Science*, 307 (5711) : 854.
- Kempner, J. (2008). « The chilling effect : How do researchers react to controversy ? », *PLoS Medicine*, 5 (11) : 1571-1578.
- Kempner, J. *et al.* (2011). « Forbidden knowledge : Public controversy and the production of nonknowledge », *Sociological Forum*, 26 (3) : 475-500.
- Kennedy, RC. *et al.* (1997). « Nonhuman primate models to evaluate vaccine safety and immunogenicity », *Vaccine*, 15 (8) : 903-908.
- Kiecher, T. *et al.* (1985). « The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate », *New England Journal of Medicine*, 313 : 1263-1269.
- Kerdiles, YM, *et al.* (2006). « Immunosuppression by measles virus : role of vital proteins », *Rev Medical Virology*, 16 : 49-63.
- Kesselring, J. (1990). « Zur Pathogenese der Multiplen Sklerose (To the pathogenesis of multiple sclerosis) », *Schweiz Med Wochenschr*, 120 : 1083-1090.
- Khurana, S. *et al.* (2013). « Vaccine-induced anti-HA2 antibodies promote virus fusion and enhance influenza virus respiratory disease » *Science Translational Medicine*, 5, (200) : 200ra114.
- Kimmelman, J. *et al.* (2015). « Accessibility of trial reports for drugs stalling in development : a systematic assessment of registered trials », *BMJ*, 350 : h1116.

- Kimpton, A. *et al.* (2008). « Les facteurs déterminants l'utilisation d'un site Web par les parents pour la déclaration des effets secondaires des vaccins », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 99 (6) : 456-459.
- Kinoshita, T. *et al.* (2014). « Peripheral sympathetic nerve dysfunction in adolescent japanese girls following immunization with the Human papillomavirus vaccine », *Internal Medicine*, 53 : 2185-2200.
- Kinsey, BM. *et al.* (2010). « Anti-cocaine vaccine development », *Expert Rev Vaccines*, 9 (9) : 1109-1114.
- Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs. Exploding the antidepressant myth*, New York, Basic Books, 240 p.
- Kitzinger, J. *et al.* (2004). « Qu'est-ce que les focus groupes », *Bulletin de psychologie*, 471(3) : 237-243.
- Kivity, S. *et al.* (2009). « Infections and autoimmunity-friends or foes ? », *Trends Immunol*, 30 : 409-414.
- Klein, NP. *et al.* (2010). « Measles-Mumps-Rubella-Varicella combination vaccine and the risk of febrile seizures », *Pediatrics*, 126 (1) : e1-e8.
- Klein, NP. *et al.* (2012). « Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children », *N Engl J Med*, 367 : 1012-1019.
- Knorr-Cetina, K. (1981). *The manufacture of knowledge*, Oxford, Pergamon Press, 200 p.
- Knorr-Cetina, K. (1999). *Epistemic cultures. How the Sciences make knowledge*, London, Harvard University Press, 352 p.
- Koepke, CP. *et al.* (2001). « Provider characteristics and behaviors as predictors of immunization coverage », *Am J Prev Med*, 21: 250-255.
- Kögel-Schauz, A. (2011). « Ungeimpfte Kinder sind gesünder (Unvaccinated children are healthier) », *Interessengemeinschaft EFI – Eltern für Impfaufklärung*, 6 p. www.efi-online.de
- Kohl, KS. *et al.* (2003). « The Brighton Collaboration : enhancing comparability of vaccine safety data », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 12 : 335-340.

- Komparic, A. *et al.* (2016). « An ethical justification for expanding the notion of effectiveness in vaccine post-market monitoring : Insights from the VPH vaccine in Canada », *Public Health Ethics*, 9 (1) : 78-91
- Koppen, S. *et al.* (2004). « No epidemiological evidence for infant vaccinations to cause allergic disease », *Vaccine*, 22 (25-26) : 3375-85.
- Kotobi, LD. (1996). « Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien », dans Moulin, AM. (dir) (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 390-408 p.
- Kramer, C. *et al.* (1978). « Perspectives on language and communication », *Signs*, 3 (3) : 638-651.
- Krijnen, W. (2004). *Conscious compliance ? A study of the decision making process regarding vaccination*, MA thesis, September, Department of Sociology and Anthropology, University of Amsterdam.
- Kristensen, I. *et al.* (2000). « Routine vaccinations and child survival : follow up study in Guinea-Bissau, West Africa », *BMJ*, 321 : 1435-1439.
- Krynicki, FX. (1966) « Therapy of Smallpox vaccination reactions », *Journal of the American Institute of Homeopathy*, 59 (1-2) : 230-232.
- Kuhlmann, E. et B. Babitsch (2002). « Bodies, health, gender – Bridging feminist theories and women's health », *Women's Studies International Forum*, 25 (4) : 433-442.
- Kuhn, T. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Kummer, KH. (1999). « 1001 mal Masern – prospektive Untersuchung von 886 und retrospektive von 115 Verläufen in der Praxis (1001 rougeoles – étude prospective de 886 et rétrospectives de 115 parcours en pratique) », *Der Merkurstab*, 6 (52) : 369 – 375.
- Kunzler, N. et A. Caplan (2013). « Is Health Canada bringing measles back by approving ineffective homeopathic remedies ? Approval of ineffective homeopathic vaccines endangers public health », *The Toronto Star*, September 06, 2013, <http://www.thestar.com/opinion/commentary/> consulté en 2016.
- Kushner, KE. et R. Morrow (2003). « Grounded theory, feminist theory, critical theory : toward theoretical triangulation », *Advances in Nursing Science*, 26 (1) : 30-43.

- Kwok, R. (2011). « The real issues in vaccine safety », *Nature*, 473 : 436-438.
- Lacoursière, A. (2011). « VPH : des chercheurs financés par les pharmaceutiques », *La Presse*, 02 septembre 2011, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/>
- Laberge, C. *et al.* (2011). « Workshop on the cultural and religious roots of vaccine hesitancy : Explanations and implications for the Canadian healthcare », December 5, 2011
<http://www.usherbrooke.ca/dep-sciences-sante-communautaire/>
- Lacoursière, A. et A. Noël (2011). « VPH : le médecin-conseil de Québec a déjà été payé par le fabricant du vaccin », *La Presse*, 01 septembre 2011, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/>
- Lacoursière, A. (2015). « Vaccination contre la grippe : un taux d'efficacité de 0 % », *La Presse*, 30 janvier 2015, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/>
- Lagache, A. (1997). « What is information ? From matter towards meaning », dans Bastide, M. (dir) (1997). *Signals and images*, Dordrecht, Springer Science & Business Media, B.V., pp. 279-292.
- Lagache, A. (1997b). « Notes on the conceptual basis of Science. Looking for the idea of mediation, and its tradition », dans Bastide, M. (dir) (1997). *Signals and images*, Dordrecht, Springer Science & Business Media, B.V., pp. 265-278.
- Lagarde, F. (2005). *Summary of Public Opinion on immunization in Canada*, Public Health Agency of Canada, 19 p.
- Lai, CKY. (2010). « Narrative and narrative enquiry in health and social sciences », *Nurse Researcher*, 17 (3) : 72-84.
- Laidman, J. (2012). « Pertussis vaccine protection wanes 42 % every year », *Medscape*, <http://www.medscape.com/>
- Laino, C. (2009). « 2 ALS cases may be linked to Gardasil vaccine. Researchers believe cervical cancer vaccine could be linked to cases of Lou Gehrig's disease », *WebMD*, www.webmd.com/sexual-conditions/hpv-genital-warts/news.
- Lajus, J. (2012). « Autre étude sur les enfants non vaccinés », *Le Courrier d'Alis*, 75 : 27-35.
- Lalande, A. (1991). *Vocabulaire technique et critique de philosophie. Deuxième édition*, Parie, PUF, 1325 p.

- Lalande, F. et B. Roussille (2003). *Les essais cliniques chez les enfants*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, No. 2003 126, Paris, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
- Lallemant, M. et S. Le Cœur (1996). « Éthique des essais vaccinaux contre le sida dans le tiers-monde », dans Moulin, AM. (dir) (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, pp. 454-464.
- Lambert, H. (2006). « Accounting for EBM : Notions of evidence in medicine », *Social Science and Medicine*, 62 : 2633-2645.
- Langer-Gould, A. *et al.* (2014). « Vaccines and the risk of Multiple Sclerosis and other central nervous System demyelinating diseases », *JAMA Neurol*, 71 (12) : 1506-1513.
- Lantz PM. et KM. Booth (1998). « The social construction of the breast cancer epidemic », *Social Science and Medicine*, 46 (7) : 907-918.
- Laperrière, A. (1997). « La théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », dans J. Poupert, *et al.* (dir), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaétan. Morin, p. 309-340.
- Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 411 p.
- Larson, HJ. *et al.* (2011). « Addressing the vaccine confidence gap », *Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60678-8.
- Larson, HJ. *et al.* (2014). « Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective : A systematic review of published literature, 2007-2012 », *Vaccine*, 32 (19) : 2150-2159.
- Larson, HJ. *et al.* (2015). « Measuring vaccine hesitancy : The development of survey tool », *Vaccine*, 33 : 4165-4175.
- Larson, HJ. *et al.* (2015b). *The state of vaccine confidence 2015*, The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene and Tropical medicine, London, 40 p. www.vaccineconfidence.org
- Lascoumes, P. (2004). « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique*, 13-14, 12 p.

- Laskar, MS. et N. Harada (2005). « Trends and regional variations in infant mortality rates in Japan, 1973-1998 », *Public Health*, 119 : 659-653.
- Latour, B. (1987). « Les 'vues' de l'esprit », *Réseaux*, 5 (27) : 79-96.
- Latour, B. (1989). *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*. Paris, Éditions La Découverte, 663 p.
- Latour, B. (1993). *We have never been modern*, Cambridge, Harvard University Press, 168 p.
- Latour, B. (2001). *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La découverte coll. Sciences humaines et sociales, 346 p.
- Latour, B. (2004). « How to talk about the body ? The normative dimension of science studies », *Body Society*, 10 (2-3) : 205-229.
- Laubereau, B. et al. (2002). « Vaccination against Haemophilus influenzae type b and atopy in east German schoolchildren », *Eur J Med Res*, 7 (9) : 387-92.
- Lawton, J. (2003). « Lay experiences of health and illness : past research and future agendas », *Sociology of Health and Illness*, 25 : 23-40.
- Leach, M. et J. Fairhead (2007). *Vaccine anxieties. Global science, child health and society*, London, Earthscan Publishers,.
- Leape, LL. (1994). « Error in medicine », *JAMA*, 272 (23) : 1851-7.
- Leary, B. (1994). « Cholera 1854 : update », *British Homoeopathic Journal*, 83 : 117-121.
- Leask, J. et al. (2006). « What maintains parental support for vaccination when challenged by anti-vaccination messages ? A qualitative study », *Vaccine*, 24 : 7238-7245.
- Leask, J. et al. (2008). « Immunisation attitudes, knowledge and practices of health professionals in regional NSW », *Aust N Z Public Health*, 32 (3) : 224-229.
- Leask, J. et al. (2010). « 'All manner of ills' : The features of serious diseases attributed to vaccination », *Vaccine*, 28 (17) : 3066-3070.
- Leask, J. et al. (2012). « Communicating with parents about vaccination : a framework for health professionals », *Pediatrics*, 12 (154) : 1-11.

- Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps*, Coll. Que sais-je, Paris, PUF, 127 p.
- Lee, ACC, *et al.* (2001). « Chiropractic care for children. », *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 (4) : 401-407.
- Lee, J.S. (1996). « Adult immunization priorities in the United States », *The Milbank Quarterly*, 74, 285–307.
- Lee, T. *et al.* (2005). « Beliefs and practices of Ontario midwives about influenza immunization », *Vaccine*, 23 : 1574-1578.
- Lee Ventola, C. (2011). « Direct-to-consumer pharmaceutical advertising. Therapeutic or toxic ? », *Pharmacy and Therapeutics*, 36 (10) : 681-684.
- Le Feuvre, N. *et al.* (2012). « Relationnels, les métiers de service ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 31 (2) : 4-12.
- Lehrke, P. *et al.* (2001). « Attitudes of homoeopathic physicians towards vaccination », *Vaccine*, 19 : 4859-4864.
- Leib, S. *et al.* (2011). « Pediatricians' experience with and response to parental vaccine safety concerns and vaccine refusals : A survey of Connecticut pediatricians », *Public Health Rep*, 126 : 13–23.
- Leigh Star, S. (1995). *Ecologies of knowledge : work and politics in science and technology*, Albany, State University of New York Press, 421 p.
- Lemay, C. (2007). « Être là » : étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980, thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 271 p. [thèse non publiée]
- Le Robert (2000). *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction de A. Rey, Paris, Dictionnaires Le Robert, (2 volumes).
- Lessig, L. (2013). « 'Institutional corruption' defined », *Journal of LAW, Medicine and Ethics*, 41 (3) : 553-555.
- Lévy, JJ. et C. Garnier (2007). *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec, 499 p.
- Lewith, GT. *et al.* (2011). *Clinical Research in Complementary Therapies*, 2nd ed, London, Churchill Livingstone, 426 p.

- Lexchin, J. (2012). « New drugs and safety : What happened to new active substances approved in Canada between 1995 and 2010 ? », *Arch Intern Med*, doi :10.1001/archinternmed.2012.4444
- Lexchin, J. (2012b). « Those who have the Gold make the evidence : How the pharmaceutical industry biases the outcome of clinical trials of medications », *Science and Engineering Ethics*, 18 : 247-261.
- Lexchin, J. (2016). *Private profits versus public policy : The pharmaceutical industry and the Canadian State*, Toronto, University of Toronto Press, 336 p.
- Light, WD. (2010). *The risks of prescription drugs*, New York, Columbia University Press, 184 p.
- Light, D. *et al.* (2013). « Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 41 (3) : 590-600.
- Likhite, N. (2013). *The guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region*, WHO (World Health Organization, <http://www.euro.who.int/>)
- Lippe, AD. (1865). *Cholera. Lecture delivered at the Homoeopathic Medical College of Pennsylvania*, Philadelphia, Collins Printer, 24 p.
- Lippman, A. *et al.* (2007). « Human papillomavirus, vaccines and women's health : questions and cautions », *CMAJ*, 177 (5) : 484-487.
- Little, DT et HR. Ward (2012). « Premature ovarian failure 3 years after menarche in a 16-year-old girl following human papillomavirus vaccination », *BMJ*, doi:10.1136/bcr-2012-006879.
- Liu, LM. (2014). « Deprescribing : An approach to reducing polypharmacy in nursing home residents », *The Journal for Nurse Practitioners*, 10 (2) : 136-139.
- Liu, XC. *et al.* (2016). « Adverse events following HPV vaccination, Alberta 2006-2014 », *Vaccine*, 34 : 1800-1805.
- Lock, M. (2003). « Accounting for diseases and distress : Morals of the normal and abnormal », dans Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, pp. 259-276.

- Loiseau, P. (2009). « La force normative des recommandations de bonnes pratiques médicales », dans Thibierge, C. (dir) (2009). *La force normative. Naissance d'un concept*, Paris, LGDJ Éditions, Bruylant, p. 613-622.
- Lopez-Gonzalez, E. *et al.* (2009). « Determinants of under-reporting of adverse drug reaction : a systematic review », *Drug Safety*, 32 (1) : 19-31.
- Lorde, A. (1984). *Sister outsider : Essays and speeches*, Berkeley, The Crossing Press feminist series, 192 p.
- Luckerhoff, J. et F. Guillemette (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée. Fondements, procédures et usages*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 302 p.
- Lujan, L. *et al.* (2013). « Autoimmune/autoinflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA syndrome) in commercial sheep », *Immunologic Research*, 56 (2) : 317-324.
- Lundgren Rose, T. *et al.* (2013). « Evidence of vaccine-related reassortment of Rotavirus, Brazil, 2008-2010 », *Emerging Infectious Diseases*, 19 (11) : 1843-1846.
- Lundh, A. *et al.* (2010). « Conflicts of interest at Medical Journals : The influence of industry-supported randomised trials on Journal Impact Factors and Revenue - Cohort Study, *PLoS Medicine*, 7 (10) : e1000354. Doi:10.1371/journal.pmed.1000354
- Lupton, D. (1999). *Risk*, London, Routledge, 184 p.
- Lupton, D. (2000). « The social construction of medicine and the body », dans G. Albrecht *et al.* (dir) (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, pp. 50-63.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies*, London, Sage Publications, 202 p.
- Lux, JJW. (1833-1835). *Zoosis oder Heilungen der Thiere nach dem Gesetze der Natur*, 3 cahiers, Leipzig, Christian Ernst Kollman, 123, 124 et 146 p.
- Lyrio, C. *et al.* (2011). « The use of homeopathy to prevent symptoms of human flu and acute respiratory infections : a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial with 600 children from Brazilian Public Health Service », *Int J High Dilution Res*, 10 (36) : 174-176.

- MacDonald, NE. *et al.* (2012). « Risk perception, risk management and safety assessment : What can governments do to increase public confidence in their vaccine system ? », *Biologicals*, 40 : 384-388.
- MacDonald, NE. (2015). « Vaccine hesitancy : definition, scope and determinants », *Vaccine*, 33 : 4161-4164.
- MacDonald, NE. et E. Dubé (2015). « Unpacking vaccine hesitancy among healthcare providers », *EBioMedicine*, 2 : 790-791.
- Mackay, J. (2012). « The history of homeoprophylaxis and review of the evidence to support its efficacy », *Links*, 25 : 56-61.
- MacLeod, G. (1996). *A Veterinary Materia Medica and Clinical Repertory with a Materia Medica of the Nosodes*, London, Random House UK, 208 p.
- Madhivanan, P. *et al.* (2009). « Attitudes toward HPV vaccination among parents of adolescent girls in Mysore, India », *Vaccine*, 27 : 5203-5208.
- Maggi, E. (1998) « The TH1/TH2 paradigm in allergy », *Immunotechnology*, 3 (4) : 233-244.
- Makary, M. et M. Daniel (2016). « Medical error – the third leading cause of death in the US », *BMJ*, 353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139
- Manca, T. (2016). « Health professionals and the vaccine narrative : ‘the power of the personal story’ and the management of medical uncertainty », *Health, Risk and Society*, 18 (3-4) : 114-136.
- Manjit, D. et A. Gupta (2013). « Adverse events following Pentavalent vaccination in Kashmir », *Peoples Union for Democratic Rights*, <http://www.pudr.org>
- Manning, D. *et al.* (2003). « How knowledgeable are we ? : Parents are asking pediatric nurses questions about routine vaccinations, but do nurses know the answers ? », *The Canadian Nurse*, 99 (4) : 27-31.
- Mansoor, O. et PI. Pillans (1997). « Vaccine adverse events reported in New Zealand 1990–1995 », *N Z Med J*, 110 (1048) : 270-272.
- Mantzari, E. *et al.* (2012). « Using financial incentives to increase initial uptake and completion of HPV vaccinations : protocol for a randomised controlled trial », *BMC Health Services Research*, 12 : 301, doi :10.1186/1472-6963-12-301

- Manuel, DG. *et al.* (2002). « Health behavior associated with Influenza vaccination among healthcare workers in long-term-care facilities », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27 (11) : 1278-1281.
- Marin Olmos, JM. (2005). « Épidémies, infections et vaccinations », dans EFVV (2005). *Enquête sur les effets secondaires des vaccinations en Europe*, rapport du groupe européen, 4-12. www.efvv.org.
- Marino, R. (2008). « Homeopathy and collective health : The case of Dengue epidemics », *Int J High Dilution Res*, 7 (25) : 179-185.
- Marino, R. (2009). « Flu pandemics : homeopathic prophylaxis and definition of the epidemic genius », *Int J High Dilution Res*, 8 (28) : 100-109.
- Markowski, F. et E. Toth (2012). « Vaccination contre la grippe saisonnière », *FlashVigie Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, novembre 2012, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf>
- Marshall, H. (1996). « Our bodies ourselves. Why we should add old fashioned empirical phenomenology to the new theories of the body », *Women's Studies International Forum*, 19 (3) : 253-265.
- Marshall, S. et H. Swerissen (1999). « A qualitative analysis of parental decision making for childhood immunization », *Aust N Z J Public Health*, 23 (5) : 543-545.
- Martel, P. (1990). « Le cadre juridique des médecines douces », *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24 (64) : 99-107.
- Martel, P. (1992). *Attention santé*, Boucherville, Les Éditions de Mortagne, 318 p.
- Martin, B. (1999). « Suppression of dissent in science », *Research in Social Problems and Public Policy*, 7 : 105-135.
- Martin, B. (2011). « Debating vaccination : understanding the attack on the Australian Vaccination Network », *Living Wisdom*, 8 : 14-40.
- Martin, B. (2015). « Censorship and free speech in scientific controversies », *Science and Public Policy*, 42 (3) : 377-386.
- Martin, E. (1994). *Flexible bodies. The role of immunity in American culture from the days of Polio to the age of AIDS*, Boston, Beacon Press, 320 p.

- Martin, E. (1998). « Anthropology and culture study of science », *Science Technology & Human Values*, 23 (1) : 24-44.
- Martin, S. (2002). « 'Be wise, immunize', message getting through », *CMAJ*, 167 (1): 68.
- Martin Alcoff, L. (2007). « Epistemologies of ignorance : Three types », dans Sullivan, S. et N. Tuana (2007). *Race and Epistemologies of Ignorance*, Albany, State University of New York Press, pp. 39-58.
- Martin-Lagardette, J.L. (2007). « L'obligation vaccinale est-elle encore justifiée ? », Enquête participative de Jean-Luc Martin-Lagardette réalisée pendant l'été 2007 avec les internautes d'Agoravox, <http://www.agoravox.fr/enquete-agoravox-vaccinations.pdf>
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis...*, Paris, PUF, 262 p.
- Mascart, F. et al. (2007). « Modulation of the infant immune responses by the first pertussis vaccine administrations », *Vaccine*, 25 (2) : 391-398.
- Mason, B.W. et P.D. Donnelly (2000). « Impact of a local newspaper campaign on the uptake of the measles mumps and rubella vaccine », *J Epidemiol Community Health*, 54 : 473-474.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Searching*, London, Sage Publications, 222 p.
- Mason, M. (2010). « Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews », *Forum : Qualitative Social Research*, 11 (3), 16 p.
- Massé, R. (1997). « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Société*, vol 21 (1) : 53-72.
- Massé, R. (2001). « La santé publique comme projet politique et projet individuel », dans Hours, B. (dir). (2001). *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Les Éditions Karthala, pp. 41-66.
- Massé, R. (2007). « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *Sociologie et Société*, 39 (1) : 13-27.
- Massé, R. (2009). « Santé publique : enjeux éthiques et balises pour une ethnoéthique de la promotion de la santé », dans Yaya H.S. (dir) (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, pp : 59-80.

- Masserey, E. *et al.* (1998). « La couverture vaccinale et ses déterminants de la vaccination chez les enfants d'âge préscolaire dans le canton de Vaud en 1996 », *Revue Médicale Suisse Romande*, 118 : 309-315.
- Mathieu, NC. (1991). « Quand céder n'est pas consentir », dans Mathieu, NC. (1991). *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté Femmes, pp. 131-225.
- Matthias, J. *et al.* (2016). « Sustained transmission of Pertussis in vaccinated, 1-5-year-old children in a preschool, Florida, USA », *Emerging Infectious Diseases*, 22 (2) : 242-246.
- Mawhinney, T. (2002). « Immunization : Misconceptions and Information Gaps : Providers », 5th Canadian National Immunization Conference 2002, Victoria, British Columbia, Canada.
- Mawson, AR. *et al.* (2016). « Vaccination and Health Outcomes : A survey of 6- to 12-year-old vaccinated and unvaccinated children based on mother's reports », *Frontiers in Public Health*, 4 : 270. Doi : 10.3389/fpubh.2016.00270
- McCusker, SM. *et al.* (2013). « Gaps in detailed knowledge of human papillomavirus (HPV) and the HPV vaccine among medical students in Scotland », *BMC Public Health*, 13 : 264 doi:10.1186/1471-2458-13-264
- McDonald, KL. *et al.* (2008). « Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with reduced risk of childhood asthma », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121 (3) : 626-631.
- McKeown, T. *et al.* (1975). « An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the twentieth century », *Population Studies*, 29 (3) : 391-422.
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine. Dream, Mirage or Nemesis ?*, Oxford, Blackwell Publishers, 207 p.
- McKeown, T. (1988). *The origins of human disease*, Oxford, Oxford Blackwell, 233 p.
- McKinlay, JB. *et* SM. McKinlay (1977). « The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55 : 405-428.

- McKinlay, JB. *et al.* (1989). « A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States », *International Journal of Health Services*, 19 : 181–208.
- Méliani, V. (2013). « Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode », *Recherches Qualitatives*, 15 : 435-452.
- Mello, MM. *et al.* (2012). « Ethical considerations in studying drug safety – The Institute of Medicine Report », *N Engl J Med*, DOI : 10.1056/NEJMHle1207160
- Melman, ST. *et al.* (1994). « Multiple injections : Ouch ! », *Arch Fam Med*, 3:615-618.
- Ménard, JP. *et al.* (2009). « Grippe H1N1 et vaccination : quels sont les droits et obligations des citoyens », <http://www.menardmartinavocats.com/actualites/grippe-h1n1-et-vaccination-quels-sont-les-droits-et-obligations-des-citoyens-2#bloc-3>
- Mendelsohn, R. (1979). *Confessions of a medical heretic*, Chicago, Contemporary Books, 191 p.
- Mendelsohn, R. (1993). *Immunizations : The terrible risks your children face that your doctor won't reveal*, Evanston, Second Opinion Pub Inc, 100 p.
- Ménoret, M. (2007). « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, 25 (1) : 34-54.
- Ménoret, M. (2007b). « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Sociologie et Sociétés*, 39 (1) : 145-160.
- Mereckiene, J. *et al.* (2012). *Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations in Europe*, Venice II Consortium, European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC, 66 p.
- Mergler, MJ. et SB. Omer (2011). « Are younger doctors more skeptical of vaccines ? Evaluation of a provider cohort effect regarding immunization beliefs », *IDSA*, Abstract 325. <https://idsa.confex.com/idsa/2011/>
- Meroni, PL. (2010). « Autoimmune or auto-inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) : old truths and a new syndrome ? », *Journal of Autoimmunity*, 36 : 1-3.

- Merton, RK. (1957). *Social Theory and Social Structure*, New York, Free Press, 423p.
- Merton, RK. (1987). « Three fragments from a sociologist's notebooks : Establishing the phenomenon, specified ignorance, and strategic research materials », *Annual Review of Sociology*, 13 : 1-28.
- Merton, RK. et PL. Kendall (1946). « The focused interview », *American Journal of Sociology*, 51 (6) : 541-557.
- Méthot, D. (2011). « Campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) en 2009 : cinq décès et 19 cas de syndrome de Guillain-Barré causés par le vaccin », *L'Actualité Médicale*, octobre 2011, <http://www.professionsante.ca>
- Millar, WJ. (2001). « Patterns of use – alternative health care practitioners », *Health Reports*, 13 (1) : 9-21.
- Milledge, JT, *et al.* (2003). « Barriers to immunization : attitudes of general practitioners to varicella, the disease and its vaccine », *J Paediatr Child Health*, 39 : 368-371.
- Miller, FP. *et al.* (ed) (2010). *Orthodoxie et hétérodoxie en économie*, Alphascript Publishing, 140 p.
- Miller, NZ. et GS. Goldman (2011). « Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given : Is there a biochemical or synergistic toxicity ? », *Human and Experimental Toxicology*, 30 (9) : 1420-1428.
- Miller, NZ. (2016). *Miller's review of critical vaccines studies*, Santa Fe, New Atlantean Press, 336 p.
- Mills, E. *et al.* (2005). « Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination », *J Clin Epidemiol*, 58 (11) : 1081—1088.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). « Signalement zona post-vaccin contre la varicelle », *Flash vigie : Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, 3 (4) : 1-2.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères*, Québec, Direction des communications, 34 pages. www.msss.gouv.qc.ca

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Protocole d'immunisation du Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Mai 2013, Québec, 505 p. msss.gouv.qc.ca
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). « La surveillance des manifestations cliniques inhabituelles survenant après la vaccination au Québec », Gouvernement du Québec, Québec, 54 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Manifestations cliniques inhabituelles (MCI)*, <http://msss.gouv.qc.ca/professionnels/mci/index.php>
- Mintzes, B. (2009). « Should Canada allow direct-to-consumer advertising of prescription drugs ? », *Canadian Family Physician*, 55 : 131-133.
- Mintzes, B. (2010). « 'Ask your doctor' : Women and direct-to-consumer advertising », dans Rochon Ford, A. et D. Saibil (ed) (2010). *The push to prescribe. Women and the canadian drug policy*, Toronto, Women's Press, pp. 17-46.
- Mnookin, S. (2011). *The panic virus. The true story behind the vaccine Autism controversy*, New York, Simon & Schuster, 453 p.
- Molina, V. et Y. Shoenfeld. (2005). « Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity », *Autoimmunity*, 38 : 235-245.
- Mooi, FR. *et al.* (1999). « Variation in the *Bordetella pertussis* virulence factors pertussis toxin and pertactin in vaccine strains and clinical isolates in Finland », *Infection and Immunity*, 67 (6) : 3133-3134.
- Mooi, FR. *et al.* (2014). « Pertussis resurgence : waning immunity and pathogen adaptation – two sides of the same coin », *Epidemiol Infect*, 142 (4) : 685–94.
- Moore, A. et J. Stilgoe (2009). « Experts and anecdotes : The role of « anecdotal evidence » in public scientific controversies », *Science Technology Human Values*, 34 (5) : 654-677.
- Moore, DL. (2015). *Les vaccins : Avoir la piqûre pour la santé de votre enfant*, 4^{ème} édition, Ottawa, Société canadienne de pédiatrie, 370 p.
- Moore, TJ. (2012). « New Drugs : Caution indicated », *Arch Intern Med*, doi :10.1001/2013.jamainternmed.610

- Moore, TJ. et CD. Furberg (2013). « Development times, clinical testing, postmarket follow-up, and safety risks for new drugs approved by the US Food and Drug Administration », *JAMA Intern Med*, doi :10.1001/jamainternmed.2013.11813
- Moore, WE. et MM. Tumin (1949). « Some social functions of ignorance », *American Sociological Review*, 14 (6) : 787-795.
- Mora i Brugués, J. (1997). « Casos clínicos : dos reacciones vacunales y dos observaciones clínicas graves », *Natura Medicatrix*, 46-47 : 72.
- Mora i Brugués, J. et X. Uriarte (1994). « Una investigación sobre el concepto de vaccinosis en nuestros días (Une enquête sur le concept de vaccinose aujourd'hui) », *Natura Medicatrix*, 35 : 12-18.
- Moran, CL. (2004). *Needling doubts: A sociological examination of parental resistance to childhood immunizations*. Dissertation Abstracts International, New Hampshire, USA, 0626(0141), 168.
- Moran, N. et al. (2008). « European citizens' opinions on immunisation », *Vaccine*, 26 : 411-418.
- Moreco, L. « Le film », site internet *Le vaccin autrement*, <http://linabmoreco.wordpress.com/>
- Morgan, R et J. Verkamp (2016). « Statement of William W. Thompson, Ph.D., Regarding the 2004 Article Examining the Possibility of a Relationship Between MMR Vaccine and Autism », Press release, August 27, 2014, <http://www.morganverkamp.com/> ; consulté en août 2015.
- Morris, T. et M. Keilty (2006). *Alternative health practice for livestock*, Oxford, Blackwell Publishing, 211 p.
- Moskowitz, R. (1983). « The case against immunizations », dans Mendelsohn, R. (ed). (1985). *Dissent in medicine*, Chicago, Contemporary Books, 187 p.
- Moulin, AM. (1994). « Le paludisme dans la trame de l'histoire », *Annales de l'Institut Pasteur*, 5 (4) : 252-258.
- Moulin, AM. (dir) (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 498 p.
- Moulin, AM. (1996b) « L'actualité des maladies infectieuses dans les pays industrialisés : évolution ou histoire ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 44 (6) : 481-607.

- Moulin, AM. (1999). « Premiers vaccins, premières réticences », *Pour la Science*, 264 : 12-15.
- Moulin, AM. (1999b). « Les sociétés et leurs vaccins », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 322 (11) : 983-987.
- Moulin, AM. et A. Cambrosio (dir) (2001). *Singular Selves. Historical issues and contemporary debates in immunology*, Amsterdam, Elsevier, 303 p.
- Moulin, AM. (2003). « Les vaccins : implications sociales et politiques », *Médecine et Maladies Infectieuses*, 33 : 564-569.
- Moulin, AM. (2004). « L'éradication des maladies, remède à la mondialisation ? », dans Michaud, Y. (dir) (2004). *Qu'est-ce que la globalisation ?*, Paris, Odile Jacob, pp. 205-228.
- Moulin, AM. (2010). « Les déterminants de la politique vaccinale », *ADSP Actualité et dossier en santé publique*, 71 : 14-16.
- Moulin, A-M. (2010b). « L'adaptation, un concept opportuniste ? Changements climatiques et santé publique », *Natures, Sciences Sociétés*, 18 : 309-316.
- Moynihan, R. et al. (2002). « Selling sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering », *BMJ*, 324 : 866-891.
- Moynihan, R. et A. Cassels (2005). *Selling Sickness*, Vancouver, Greystone Books Douglas & McIntyre Publishing Group, 258 p.
- Moxon, ER. et al. (2011). « A call to action for the new decade of vaccines », *Lancet*, DOI :10.1016/S0140-6736(11)60766-6
- Mroninski, C. et al. (2001). « Meningococcinum: Its protective effect against meningococcal disease. », *Homoeopathic Links*, 14 (4) : 230-234.
- Mucchielli, A. (1996). « Pour des recherches en communication », *Communication et organisation* [En ligne], 10 | 1996, mis en ligne le 26 mars 2012, consulté le 26 août 2016. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/1877>
- Mucchielli, A. (2005). « Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains », *Recherches Qualitatives*, (hors série), 1 : 7-40.

- Mulcahy, N. (2013). « Japan withdraws HPV vaccine recommendation for girls », *Medscape*, <http://www.medscape.com/>
- Murray, SJ. *et al.* (2008). « On the construction and status of 'evidence' in the health sciences », *Journal of Research in Nursing*, 13 (4) : 272-280.
- Murti, M. *et al.* (2013). « Case of vaccine-associated measles five weeks post-immunisation, British Columbia, Canada, October 2013 », *Euro Surveill*, 18 (49) : 1-3.
- Muscat, M. (2011). « Who gets measles in Europe ? », *The Journal of Infectious Diseases*, 204 (suppl. 1) : S353-S365.
- Mykhalovskiy, E. *et* L. Weir (2004). « The problem of evidence-based medicine : directions for social science », *Social Science and Medicine*, 59 : 1059-1069.
- Nasir, L. (2000). « Reconnoitering the antivaccination web sites : News from the front », *Journal of Family Practice*, 49 (8) : 731-733.
- Nestibo, L. *et al.* (2012). « Differentiating the wild from the attenuated during a measles outbreak », *Paediatr Child Health*, 17 (4) : e32-33.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*, 2^{ème} édition, Cambridge, Polity Press, 308 p.
- Neuzil, KM. *et al.* (1997). « Adjuvants influence the quantitative and qualitative immune response in BALB/c mice immunized with respiratory syncytial virus FG subunit vaccine, *Vaccine*, 15 (5) : 5 25-32.
- Neveu, E. (2003). *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, 126 p.
- New, SJ. *et* ML. Senior (1991). « "I don't believe in needles" : Qualitative aspects of a study into the uptake of infant immunisation in two english health authorities », *Social Science and Medicine*, 33 (4) : 509-518.
- Nicholson, KG. *et al.* (1995). « Influenza immunization policies in Europe and the United States », *Vaccine*, 13 : 365-369.
- Nohynek, H. *et al.* (2012). « AS03 Adjuvanted AH1N1 Vaccine associated with an abrupt increase in the incidence of childhood narcolepsy in Finland, *PLoS ONE*, 7 (3) : e33536.

- NOVA (2015). *Vaccines. Calling the shots*, transcription de l'émission du 26 août 2015 sur PBS, <http://www.pbs.org/wgbh/nova/body/vaccines-calling-shots.html>
- Nowak, GJ. *et al.* (2015). « Addressing vaccine hesitancy : The potential value of commercial and social marketing principals and practices », *Vaccine*, 33 : 4204-4211.
- Nurock, V. (dir) (2010). *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris, PUF, 174 p.
- Nussbaum, M. (2011). *Les émotions démocratiques : Comment former le citoyen du XXI^e siècle ?*, Paris, Flammarion, coll. Climats, 208 p.
- Obaro, SK. et A. Palmer (2003). « Vaccines for children : Policies, politics and poverty », *Vaccine*, 21 : 1423-1431.
- Office fédéral de la santé publique. (2011). *Plan de vaccination suisse 2011. Directives et recommandations*, Berne, Commission fédérale pour les vaccinations, Office fédéral de la santé publique, 29 p.
- Offit, PA. *et al.* (2002). « Addressing parents' concerns : Do multiple vaccines overwhelm or weaken the infant's immune system ? », *Pediatrics*, 109 : 124-129.
- Offit, PA. (2008). « Inoculated against facts », *New York Times*, march 31, 2008, http://www.nytimes.com/2008/03/31/opinion/31offit.html?_r=1&scp=3&sq=vaccination&st=nyt&oref=slogin consulté juillet 2016
- Offit, PA. (2011). *Deadly choices : How the anti-vaccine movement threatens us all*, New York, Basic Books, 288p.
- Offit, PA. (2013). « Multiple vaccines safe, not linked to autism », *Medscape*, Apr 12, 2013 <http://www.medscape.com/>
- O'Flanagan, D. *et al.* (2011). *Investigation of an increase in the incidence of narcolepsy in children and adolescents in 2009 and 2010*, Final report of National Narcolepsy Study Steering Committee, Department of Health, Ireland, 44p. <http://healthupdate.gov.ie>
- Ofstead, CL. *et al.* (2008). « Influenza vaccination among registered nurses : information receipt, knowledge, and decision-making at an institution with a multifaceted educational program », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29 (2) : 99-106.

- Ogbuanu, IU. *et al.* (2012). « Impact of a third dose of Measles-Mumps-Rubella vaccine on a Mumps outbreak », *Pediatrics*, 130 (6) : e1567-e1574.
- O'Leary, ST. *et al.* (2015). « Characteristics of physicians who dismiss families for refusing vaccines », *Pediatrics*, 136 (6), 9 p. DOI : 10.1542/peds.2015-2086
- Olesen, AB. *et al.* (2003). « Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps and rubella or measles infection », *Acta Derm Venereol*, 83 (6) : 445-50.
- Ollivier, M. et M. Tremblay (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*, Paris, L'Harmattan, 256 p.
- Omer, SB. *et al.* (2009). « Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases », *NEJM*, 360 : 1981-1988.
- Omran, A.R. (1971). « The epidemiologic transition : A theory of the epidemiology of population change », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4) : 509-538.
- Orbach, H. *et al.* (2010). « Vaccines and autoimmune diseases of the adult », *Discovery Medicine*, 9 (45) : 90-97.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003). *Guide d'application de la nouvelle 'Loi sur les infirmières et les infirmiers' et de la 'Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé'*, Montréal, www.oiiq.org
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2012). *Mémoire. Projet de loi no 59 concernant le partage de certains renseignements de santé*, 7 mai 2012, Québec, 13 p. www.oiiq.org
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015. Le Québec et ses régions*, Montréal, 59 p. <https://www.oiiq.org/>
- Ordre des Sages-Femmes conseil national (2014). Site internet http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/vaccination/quelles_sont_les_vaccinations_que_les_sagesfemmes_sont_autorisees_a_pratiquer_/index.htm

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1978). *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*, Genève, OMS, 88 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002). *Stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2007*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 65 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2011). « Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2011 – conclusions et recommandations », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 21 (86) : 205-220.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2012). « Aluminium adjuvants », *WHO Weekly Epidemiological Record*, report of GACVS meeting of 6-7 June 2012, <http://www.who.int/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2013). *The guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region*, WHO, Copenhagen, Regional Office in Europe, 79 p.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015). « Résumé des conclusions et recommandations du Sage de l'OMS sur la réticence à la vaccination », http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2016). « Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Terms of reference », <http://www.who.int/immunization/policy/sage/>, consulté août 2016.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2016b). « Couverture par la vaccination systématique dans le monde 2011 », *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2 novembre 2012, <http://www.who.int/immunization/>
- Orlikova, H. *et al.* (2016). « Protective effect of vaccination against mumps complications, Czech Republic, 2007-2012 », *BMC Public Health*, 16 : 293 DOI : 10.1186/s12889-016-2958-4
- Osterholm, M. *et al.* (2012). « Efficacy and effectiveness of influenza vaccines : a systematic review and metaanalysis », *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (1) : 36 – 44.

- Overfield, T. et IM. Hammes (1964). « Depression of tuberculin reaction by viral (measles vaccine », *New england Journal of Medicine*, 711 : 1294-1296.
- Paillé, P. (1994). « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 23 : 147-181.
- Paillé, P. (1996). « Qualitative par théorisation (analyse) », dans A. Mucchielli (Éd). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, pp. 184-190.
- Paillé, P. et A. Mucchielli (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^{ème} éd. Paris, Armand Colin, 424 p.
- Paradis, A. (1989). « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-1899) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 43 (1) : 63-91.
- Pardigon, N. et D. Laouini (1999). « New millenium. The need for new vaccines », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 322 (11) : 913-917.
- Parini, L. et MJ. Manidi (2001). « Constructivisme et études genre », *Revue Suisse de Sociologie*, 27 (1) : 79-89.
- Park, DW. *et al.* (2007). « Mumps outbreak in a highly vaccinated school population : Assessment of secondary vaccine failure using IgG avidity measurements », *Vaccine*, 25 : 4665-4670.
- Parker Fiebelkorn, A. *et al.* (2013). « The effectiveness of post-exposure prophylaxis with a third dose of Measles-Mumps-Rubella (MMR) vaccine during a mumps outbreak, 2009-2010, Orange County, New York CME », *Emerging Infectious Diseases CME*, 19 (9) : 1411-1417.
- Parker-Pope, T. (2012). « Overtreatment is taking a harmful toll », *NYTimes*, august 27, <http://well.blogs.nytimes.com/2012/08/27/overtreatment-is-taking-a-harmful-toll>
- Parliamentary Office of Science and Technology (1999). « Health concerns and the MMR vaccine », www.parliament.uk, post 131, <http://www.parliament.uk/briefing-papers>

- Pasca, E. (2010). « L'OMS critiquée par des États membres pour les conflits d'intérêts des experts dans des affaires telles la grippe A H1N1 », *Pharmacritique*, Fondation Sciences Citoyennes, <http://sciencescitoyennes.org/>
- Pasca, E. (2012). « Gardasil : retrait demandé en Espagne après un décès. Rappel des critiques espagnoles et des principaux arguments contre la vaccination HPV », *Pharmacritique*, Fondation Sciences Citoyennes, <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2012/10/01/>
- Patterson, J et WE, Boyd (1941). « Potency Action: A Preliminary Study of the Alteration of the Schick Test by a Homeopathic Potency », *British Homeopathic Journal*, 31 : 301-309.
- Paul-Ehrlich-Institut (2003). « Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) sieht unverändertes Nutzen/Risiko-Profil für Sechsfachimpfstoffe (L'agence européenne du médicament fournit un profil Bénéfice/Risque inchangé du vaccin hexavalent) », *Informationen für Ärzte und Apotheker*, 1 : 1-4. www.pei.de/professionals/hexavalente_nov.pdf
- Paulussen, TG. et al. (2000). *Ouders over het Rijksvaccinatieprogramma. Tevredenheid en vaccinatiebereidheid van ouders van jonge kinderen in Nederland*, (Les parents et le Programme national de vaccination : la satisfaction et la volonté de vacciner chez les parents de jeunes enfants aux Pays-Bas), TNO-PG.
- Payne, DC. et al. (2010). « Sibling transmission of vaccine-derived Rotavirus (RotaTeq) associated with Rotavirus gastroenteritis », *Pediatrics*, 125 (2) : e438-e441.
- Pearson, BR. (2013) « Under-reporting of adverse drug reactions : The need for an automated reporting system », *RISS-IJHS*, 3 (1) : 1-6.
- Peker, J. et A. Coulamy (1999). « Enquête sur les habitudes de prescription des médecins homéopathes au sujet d'un médicament singulier : *Influenzinum* », *L'Homéopathie Européenne*, 6 : 172-177.
- Perino, L. (2013). « Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole. Première partie », *Médecine*, 9 (9) : 416-419.
- Perino, L. (2013b). « Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole. Deuxième partie », *Médecine*, 9 (10) : 459-462.
- Perron, A. et T. Rudge (2016). *On the politics of ignorance in nursing and healthcare. Knowing ignorance*, New York, Routledge, 112 p.

- Peschier, G. *et al.* (1832). *Bibliothèque Homoeopathique*, Paris, Baillière, 485 p.
- Petersen, A. (2007). *The body in question : A socio-cultural approach*, London, Routledge, 176 p.
- Peterson. LN. (2009). *Barriers to canadian physicians reporting of adverse drug reactions*, Maîtrise en éducation, The University of British Columbia, 19 p.
- Petit, G. *et al.* (2007). « Les pratiques vaccinales des infirmières au Québec. Étendue, retombées et barrières à leur réalisation », *Canadian Journal of Public Health*, 98 (4) : 311-317.
- Petousis-Harris, H. *et al.* (2005). « Family practice nurse views on barriers to immunising children », *Vaccine*, 23 : 2725-2730.
- Petrovic, M. *et al.* (2001). « Second dose of measles, mumps, and rubella vaccine : questionnaire survey of health professionals », *BMJ*, 322 (7278) : 82-85.
- Petts, J. et S. Niemeyer (2004). « Health risk communication and amplification : learning from MMR vaccination controversy », *Health, Risk and Society*, 6 (1) : 7-23.
- Phillips, J. (2016). « California to throw adults in jail if they refuse government-mandated vaccines », *WRC*, 10 mai 2016, <http://wearechange.org/>
- Picard, A. (2016). « CMA calls for end to non-medical exemptions for vaccines », *The Globe and Mail*, 23 août 2016, <http://www.theglobeandmail.com>
- Picard, A. (2015). « Canadian Medical Association wants schools to seek proof of vaccination », *The Globe and Mail*, august 26, 2015, <http://www.theglobeandmail.com>
- Pierre-Deschênes, C. (1981). « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35 (3) : 355-375.
- Pless, R. et B. Hibbs (2002). « Chiropractic students' attitudes about vaccination : A cause for concern ? », *JAMC*, 166 (12) : 1544-1545.
- Pohlhaus, G. (2012). « Relational Knowing and Epistemic Injustice : Toward a theory of willful hermeneutical ignorance », *Hypatia*, 27 (4) : 715-735.

- Poiret, C. (2005). « Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques », *Femmes, genre, migration et mobilités*, 21 (1) : 195-226.
- Poincaré, N. (2016). « Vaccin, médicaments, médecins : la défiance », *Émission Complément d'enquête*, Les magazines de France 2, 25 février 2016, <http://www.francetvinfo.fr/>
- Poland, GA. et RM. Jacobson (2001). « Understanding those who do not understand : a brief review of the anti-vaccine movement », *Vaccine*, 19 : 2440-2445.
- Poland, GA. *et al.* (2009). « Trends affecting the future of vaccine development and delivery : the role of demographics, regulatory science, the anti-vaccine movement, and vaccinomics », *Vaccine*, 27 (25026) : 3240-3244.
- Poland, GA. et RM. Jacobson (2012). « The clinician's guide to the anti-vaccinationists' galaxy », *Human Immunology*, 73 : 859-866.
- Poltorak, M. *et al.* (2005). « 'MMR talk' and vaccination choices : An ethnographic study in Brighton », *Social Science and Medicine*, 61 : 709-719.
- Poole, PJ. *et al.* (2006). « Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease », *Cochrane Database Syst Rev*, Jan 25; (1) : CD002733.
- Popay, I. et G. Williams (1996). « Public health research and lay knowledge », *Social Science and Medicine*, vol 42, (5) : 759-768.
- Porter, D. et R. Porter (1988). « The politics of prevention : Anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England », *Medical History*, 32 : 231-252.
- Poser, CM et PO. Behan (1982). « Late onset on Guillain-Barre Syndrome », *Journal of Neuroimmunology*, 3 : 27-41.
- Pradeu, T. (2007). *L'immunologie et la définition de l'identité biologique*, thèse de doctorat, Paris, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 500 p. [thèse non publiée]
- Praities, N. (2009). « GPs and practice staff on frontline turn down swine flu vaccine », *Pulse*, 4 novembre 2009, <http://www.pulsetoday.co.uk>
- Prescrire International (2016) « The Council of Europe upholds the primacy of public health interests over industry interests », *Rev Prescrire*, 36 (391) : 382-384.

- Prior, L. (2003). « Belief, knowledge and expertise : The emergence of the lay expert in medical sociology », *Sociology of Health and Illness*, 25 : 41-57.
- Proctor, RN. (1995). *Cancer wars: How politics shapes what we know and don't know about cancer*, New York, Basic Books.
- Proctor, RN. et L. Schiebinger (eds) (2008). *Agotology : The making and unmaking of ignorance*, Stanford, Stanford University Press, 312 p.
- Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 287 p.
- Raak, C. et al. (2010). « Health care professionals' attitudes and opinions regarding the vaccination of measles - A systematic review », *European Journal of Integrative Medicine* 2 (4) : 234.
- Racine, G. (2000). « La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri : un processus participatif, collectif et non planifié », *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (1) : 69-84.
- Rail, G. (2009). « Psychose en matière de santé et colonisation du corps féminin », dans Yaya, SH. (dir) (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, pp. 251-266.
- Rail, G. et al. (2015). « Appel urgent à un moratoire sur la vaccination contre le VPH », *Le Devoir*, 5 octobre 2015, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/>
- Rail, G. et al. (2015b). *HPV Vaccines : Protecting Canadian Girls and Public Health?* Fourteenth World Congress on Public Health, February 2015, Kolkata, India.
- Rail, G. et al. (2015c). « Contre la loi du silence », *Le Devoir*, 29 octobre 2015, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/>
- Raithatha, N. et al. (2003). « A qualitative investigation of vaccine risk perception amongst parents who immunize their children : a matter of public health concern », *Journal of Public Health Medicine*, 25 (2) : 161-164.
- Raman, S. et R. Tutton (2009). « Life, science, and biopower », *Science, Technology & Human Values*, 35 (5) : 711-734.
- Ramsay, C. et al. (1999). « Alternative medicine in Canada : Use and public attitudes », *Public Policy Sources* 21 : 3-31.

- Ramsay, ME. *et al.* (2002). « Parental confidence in measles, mumps and rubella vaccine : evidence from vaccine coverage and attitudinal surveys », *British Journal of General Practice*, 52 : 912-916.
- Ravel, G. *et al.* (2004). « Autoimmunity, environmental exposure and vaccination : is there a link ? », *Toxicology*, 196 (3) : 211-216.
- Rawson, NSB. (2015). « Canada's adverse drug reaction reporting system : A failing grade », *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 22 (2) : e167-e172.
- Reimann, H. (1989). « Tabu », dans *Staatslexikon. Recht Wirtschaft Gesellschaft in 5 Bänden*, (Lexique de l'État. Droit, Économie, Société en 5 volumes), BD 5, 420, Herausgegeben von der Görres-Gesellschaft 7, Auflage, Freiburg, Herder.
- Resnik, DB. et KC. Elliott (2013). « Taking financial relationship into account when assessing research », *Accountability in Research*, 20 (3) : 184-205.
- Revillard, J.-P. (2001). « Conclusion : What went wrong with my genes ? », dans Gaudillière, J.-P. et I. Löwy. (Eds). (2001). *Heredity and Infection : The History of Disease Transmission*, London, Routledge, 355-362.
- Rieder, MJ. et JL. Robinson (2015). « Les « nosodes » ne remplacent pas les vaccins », *Paediatr Child Health*, 20 (4) : 221-222.
- Rioux Soucy, LM. (2009). « H1N1 : Bolduc met les médecins en garde. Le ministre enjoint à ses condisciples de ne pas décourager leurs patients de se faire vacciner », *Le Devoir*, Les actualités, mercredi 21 octobre 2009, p. A6.
- Riva, C. et JP. Spinoso (2010). *La piqûre de trop ? Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus ?*, Vevey, Éditions Xenia, 245p.
- Rivto, P. *et al.* (2003). « A Canadian national survey of attitudes and knowledge regarding preventive vaccines », *Journal of Immune Based Therapies and Vaccines*, 1 (3) : 1-9.
- Robitaille, JP. (1992). *La reconnaissance sociale d'une pratique médicale, l'homéopathie à Montréal : 1844-1904*, mémoire de maîtrise en histoire, Université du Québec à Montréal.
- Rochette M. (1998). *Étude des croyances et des valeurs des mères n'ayant pas fait vacciner leur(s) enfant(s) d'âge préscolaire*, Québec, Université Laval, 130 p.

- Rochon Ford, A. et D. Saibil (ed) (2010). *The push to prescribe. Women and the canadian drug policy*, Toronto, Women's Press, 297 p.
- Rodriguez-Pinto, I. et Y. Shoenfeld (2015). « The ASIA Syndrome Registry », dans Shoenfeld, Y. *et al.* (2015). *Vaccines and Autoimmunity*, New Jersey, Wiley-Blackwell Publishers, pp. 103-105.
- Rodwin, MA. (2013). « Institutional corruption and pharmaceutical policy », *Journal of Law and Ethics*, 41 (3), 20 p.
- Rogers, A. et D. Pilgrim (1995). « The risk of resistance : perspective on the mass childhood immunisation programme », dans Gabe, J. (dir) (1995). *Medicine, Health and Risk*, Cambridge, Blackwell Publishers, pp. 73-90.
- Rooth, IB. (1992). « Supression of plasmodium falciparum infections during measles or influenza », *Am J Trop Med Hyg*, 47 (5) : 675-681.
- Rose, NR. (2000). « Immunologic hazards associated with vaccination of humans », *Journal of Autoimmunity*, 14 : 11-13.
- Rose, N. et P. Rabinow (2006). « Biopower today », *BioSocieties*, 1 : 195-217.
- Rosenberg, CE. (1986). « Disease and social order in America : perceptions and expectations », *The Milbank Quarterly*, 64 (supp.1) : 34-55.
- Rosenberg, JB. *et al.* (2013). « Suppression of nicotine-induced pathophysiology by an adenovirus hexon-based antnicotine vaccine », *Hum Gene Ther*, 24(6) : 595-603.
- Rosenblum, H. *et al.* (2011). « The common immunogenic etiology of chronic fatigue syndrome : from infections to vaccines vis adjuvants to the ASIA syndrome », *Infectious Disease Clinics of North America*, 25 (4) : 851-863.
- Rosenstein, JG. (1846). *Allopathy, the old medical practice and homoeopathy, the reformed medical practice : practically illustrated*, Montreal, Rollo Campbell printer, 273 p.
- Rost, P. (2006). *The whistleblower : Confessions of a healthcare hitman*, New York, Soft Skull Press, 234 p.
- Rota, PA. *et al.* (1995). « Detection of measles virus RNA in urine specimens from vaccine recipients », *Journal of Clinical Microbiology*, 33 (9) : 2485-2488.

- Rottem, M. et Y. Shoenfeld (2004). « Vaccination and allergy », *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.*, 12 (3) : 223-231.
- Rousseau, J. *et al.* (2005). « Étude des besoins de formation en immunisation des infirmières d'Info-Santé de la Montérégie », Longueuil, Québec. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie, 28 p.
- Rousseau, N. et J. Daigle (2013). *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*, Québec, Presses de l'université Laval, 496 p.
- RQASF (2008). *Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé*, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), 168 p
<http://rqasf.qc.ca/le-rqasf/publications>
- RQASF (2009). « L'ostéoporose », *Notre soupe aux cailloux*, fiche 3.4.1,
<http://rqasf.qc.ca/>
- Russell, M. *et al.* (2004). « Beliefs and behaviours : understanding chiropractors and immunization », *Vaccine*, 23 : 372-379.
- Russell, ML. *et al.* (2005). « Are chiropractors interested in participating in immunization awareness and promotion activities ? », *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96 (3) : 194-196.
- Ryan, AB. (2006). « Post-Positivist Approaches to Research », dans Antonesca, M. *et al* (eds), (2006). *Researching and Writing your Thesis : a guide for postgraduate students*, MACE : Maynooth. pp. 12-26.
- Sackett, D. et W. Rosenberg, (1995). « The need for evidence-based medicine », *J R Soc Med*, 88 : 620-624.
- Sackett, D. *et al.* (1996). « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *BMJ*, 312 : 71-72.
- SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2014). *Reports of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*,
http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

- Saillant, F. (1985). « Le mouvement pour la santé des femmes », dans Dufresne, J. *et al.* (dir) (1985). *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC (l'Institut québécois de recherche sur la culture) et Les Presses universitaires de Lyon, pp. 743-762.
- Saks, M. (1995). *Professions and the public interest. Medical power, altruism and alternative medicine*, London, Routledge, 316 p.
- Saks, M. (2003). *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, London, Sage.
- Saliou, P. (2010). « Définition de la vaccinologie », Ministère des Affaires Étrangères et Européennes, CH Val-de Grâce, <http://umvf.irenala.edu.mg/UMVFmiroir/>
- Salmon, DA. *et al.* (2004). « Knowledge, attitudes, and beliefs of school nurses and personnel and associations with nonmedical immunization exemptions », *Pediatrics*, 113 (6) : e552-559.
- Salmon, DA. *et al.* (2008). « Vaccine knowledge and practices of primary care providers of exempt vs. vaccinated children », *Human Vaccines* 4 (4) : 286-291.
- Salomon, JC. (1991). *Le Tissu déchiré : propos sur la diversité des cancers*, Paris, Le Seuil, 256 p.
- Salomon, JC. (dir) (2003). *Le complexe médico-industriel*, Paris, Éditions Mille Et Une Nuits, 108 p.
- Saltzman, WM. *et al.* (ed) (2006). *DNA vaccines. Methods and protocols*, New York, Humana Press, 384 p.
- Samad, L. *et al.* (2006). « Incomplete immunisation uptake in infancy : maternal reasons », *Vaccine*, 24 : 6823-6829.
- Sandborn, T. (2012). « Responses to UBC vaccine paper a problem for free scientific inquiry and expression UBC researchers raise questions, experience backlash », *Vancouver Courier*, january 30, 2012, <http://www.vancourier.com/>
- Sandelowski, M. (1995). « Sample size in qualitative research », *Research in Nursing and Health*, 18 : 179-183.
- Santé Canada (2002). « Canadian Immunization Guide », 6^{ème} édition, Santé Canada, <http://publications.gc.ca/>

- Santé Canada (2004). *Règlement sur les produits de santé naturels (PSN) au Canada*, Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur>
- Santé Canada (2009). « Document d'orientation provisoire - Juste équilibre dans la publicité directe auprès des consommateurs concernant les vaccins », 8 décembre 2009, en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/advert-publicit/pol/guide-ldir_dtca-pdac_vaccine-vaccins-fra.php
- Santé Canada (2011). Guidance document for industry – Reporting adverse reactions to marketed health products. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/pubs/medeff/_guide/2011-guidance-directrice_reporting-notification/index-eng.php
- Santé Canada (2013). « Lettre au rédacteur en chef en réponse à l'article : *Is Health Canada aiding measles' comeback?* », site de Santé Canada <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc/media/>
- Santé Canada (2013b). « Lignes directrices à l'intention de l'industrie : Addendum de Santé Canada sur la ligne directrice de l'ICH thème E11 : Recherche clinique sur les produits médicaux dans la population pédiatrique », site de Santé Canada <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/>
- Santé Canada (2015). « Modification de l'étiquetage des nosodes et des produits homéopathiques pour enfants contre la toux, le rhume et la grippe », 31 juillet, 2015, site <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/>
- Santé Canada (2015b). « Information sur les produits homéopathiques », 6 août 2015, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/about-apropos/info_homeo-fra.php
- Santi, P. (2012). « Vaccination : les soignants ne montrent pas l'exemple », *Le Monde*, 22.11.2012.
- Sauvageau, C. *et al.* (2005). « Portait de la formation en vaccination offerte aux infirmières dans les établissements de santé du Québec », *Canadian Journal of Public Health*, 96 : 273-277.
- Sauvageau, C. *et al.* (2012). « Opinion et formation des sages-femmes québécoises sur la vaccination : enquête par questionnaires », Présentation par affiche, 16^{ème} Journées annuelles de santé publique (JASP), Montréal, 26 novembre au 28 novembre 2012.

- Sauvageau, C. *et al.* (2014). « Opinion et formation des sages-femmes québécoises sur la vaccination », Institut national de santé publique du Québec, 125 p. [https : //www.inspq.qc.ca/](https://www.inspq.qc.ca/)
- Savoie-Zajc, L. (2000). « La recherche qualitative/interprétative en éducation », dans Karsenti, T. et L. Savoie-Zajc (Eds) (2000). *Introduction à la recherche en éducation*, Sherbrooke, Éditions du CRP, pp. 171-198.
- Savoie-Zajc, L. (2007). « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? », *Recherches Qualitatives, Hors Série*, 5 : 99-111.
- Scheifele, D. (2010). « Regrettable lack of definition of the ‘well tolerated’ vaccine », *Vaccine*, 28 : 3755-3756.
- Schisler, T. *et al.* (2002). « Les infirmières pédiatriques sont-elles bien préparées pour défendre la vaccination ? », Affiche présentée à la 5ème conférence canadienne nationale sur l’immunisation, Victoria, CB, 2002.
- Schmidt, J. *et al.* (2010). « Pediatricians in private practice and their attitude towards vaccination : A comparison between homeopaths and non-homeopaths », *European Journal of Integrative Medicine*, 2 : 236-237.
- Schmidt, P. (1963). « Questions de répertoire », *Groupement Hahnemannien de Lyon*, 1 (1) : 31-32.
- Schmidt, P. (1967). « À propos de cas récents de variole », *Groupement Hahnemannien de Lyon*, 4 (4) : 107-109.
- Schmidt, K. et E. Ernst (2002). « Survey shows that some homeopaths and chiropractors advise against MMR », *Br Med J*, 325 (7364) : 597.
- Schmidt, K. et E. Ernst (2003). « MMR vaccination advice over Internet », *Vaccine*, 21 : 1044-1047.
- Schmidt, K. et E. Ernst (2003). « MMR vaccination advice over the Internet », *Vaccine*, 21 : 1044-1047.
- Schubert, A. *et al.* (2016). « Two cases of vaccine-derived Poliovirus infection in an oncology ward », *NEJM*, 374 (13) : 1296-1298.
- Schuster, M. *et al.* (2015). « Review of vaccine hesitancy : Rationale, remit and methods », *Vaccine*, 33 : 4157-4160.

- Schwarz, NG. *et al.* (2009). « Reasons for non-adherence to vaccination at mother and child care clinics (MCCs) in Lambaréné, Gabon », *Vaccine*, 27 : 5371-5375.
- Schwartz, M. (1999). « Nouveaux vaccins et prévention des maladies dégénératives », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 322 (11) : 939-941.
- Science et Avenir (2016) « Le marché mondial des vaccins proche des 80 milliards de dollars en 2015 », 27 mars 2016, <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/>
- Seaman, B. (1995). *The doctors' case against the pill*, 2^{ème} éd. New York, Hunter House Inc., 258 p.
- Séguin, E. (1996). « L'analyse politique de la science. Technocratie versus discours scientifique », *Politix*, 9 (36) : 181-193.
- Séguin, E. (2016). « Rapports science et société : Le monde de la recherche en difficulté d'apprentissage », *Découvrir. Le magazine de l'ACFAS*, février 2016, <http://www.acfas.ca/publications/>
- Séguin, N. (dir) (1998). *L'institution médicale*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 197 p.
- Sela, M. (1999). « Specific vaccines against autoimmune diseases », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, 322 (11) : 933-939.
- Selinger, E. et RP. Crease (ed) (2006). *The philosophy of expertise*, New York, Coloumbia University Press, 427 p.
- Sender, E. (2016). « Robert Dantzer : 'Un vaccin contre la dépression serait envisageable' », *Sciences et Avenir*, 4 p. <https://www.sciencesetavenir.fr/>
- Seneff, S. *et al.* (2012). « Empirical data confirm autism symptoms related to Aluminum and Acitaminophen exposure », *Entropy*, 14 : 2227-2253.
- Shaghghi, A. *et al.* (2011). « Approaches to recruiting 'Hard-to-reach' populations into research : A review of the litterature », *Health Promotion Perspectives*, 1 (2) : 86-94.
- Shah, R. (2013). « Hepatitis C Nosode : The preparation and homeopathic pathogenetic trial », *Homeopathy*, 102 : 207-214.

- Shah, R. (2014). « Scientific method of preparing homoeopathic nosodes », *Indian Journal of Research in Homeopathy*, 8 (3) : 166-174.
- Shah, R. (2015). « Clinical trial for evaluation of a Human Immunodeficiency Virus-Infected individuals », *Indian Journal of Research in Homoeopathy*, 9 (1) : 25-33.
- Sharav, HV. (2011). « Medical ethics and contemporary medicine », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp. 71-81.
- Shaw, CA. et L. Tomljenovic (2013). « Aluminum in the central nervous system (CNS) : toxicity in humans and animals, vaccine adjuvants, and autoimmunity », *Immunol Res*, DOI : 10.1007/s12026-013-8403-1
- Sheffield, F. (2014). « Homeoprophylaxis : Human records, studies and trials », *National Center for Homeopathy*, <http://www.homeopathycenter.org/news/homeoprophylaxis-human-records-studies-and-trials>
- Shepherd, D. (1967). *Homeopathy in epidemic diseases* (First ed.), Essex, The C. W. Daniel Company Ltd, 100 p.
- Sheridan, S. *et al.* (2012). « Number and order of whole cell pertussis vaccines in infancy and disease protection », *JAMA*, 308 (5) : 454-456.
- Sherman, J. (2011). *The vaccination debate*, Minnesota, ABDO Publishing Company, 112 p.
- Sherwin, S. *et al.* (1998). *The politics of women's health. Exploring agency and autonomy*, Philadelphia, Temple University Press, 321 p.
- Shnier, A. *et al.* (2013). « Too few, too weak : Conflict of interest policies at canadian medical schools », *PloS ONE*, 8 (7) : e68633.
- Shnier, A. *et al.* (2016). « Reporting of financial conflicts of interest in clinical practice guidelines : a case study analysis of guidelines from the Canadian Medical Association Infobase », *BMC Health Services Research*, 16 : 383 DOI : 10.1186/s12913-016-1646-5
- Shoenfeld, Y. et A. Aaron-Maor (2000). « Vaccination and Autoimmunity – ‘Vaccinosis’ : A dangerous liaison ? », *Journal of Autoimmunity*, 14 : 1-10.

- Shoenfeld, Y. *et al.* (2000). « Vaccination as an additional player in the mosaic of autoimmunity », *Clinical and Experimental Rheumatology*, 18 : 181-184.
- Shoenfeld, Y. et N. Agmon-Levin. (2011). « ‘ASIA’ – Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants », *Journal of Autoimmunity*, 36 (1) : 4-8.
- Shoenfeld, Y. *et al.* (2015). *Vaccines and Autoimmunity*, New Jersey, Wiley-Blackwell Publishers, 384 p.
- Siegel, RM. et CJ. Schubert (1996). « Physician beliefs and knowledge about vaccinations. Are Cincinnati doctors giving their best shot ? », *Clinical Pediatr (Phila)*, 35 : 79-83.
- Silverman, E. (2013). « Citing side effects, Japan pulls recommendations for HPV vaccines », *Pharmalot*, <http://www.pharmalive.com/>
- Silversides, A. (2008). « Merchant scientists », *The Walrus*, may 2008, <http://walrusmagazine.ca/>
- Simon, I. *et al.* (2013). « Global mapping of infectious disease », *Phil Trans R Soc B*, 368 : 20120250.
- Simon, S. (2014). *Les vaccins. Ce qu'on nous cache sur leurs effets indésirables*, Paris, Grancher, 256 p.
- Simpson, N. *et al.* (1995). « Parental refusal to have children immunised : extent and reasons », *BMJ*, 310 : 227.
- Singh, VK. et RL. Jensen (2003). « Elevated levels of measles antibodies in children with autism », *Pediatr Neurol*, 28 (4) : 292-294.
- Sington, JD. et BJ. Cottrell (2002). « Analysis of the sensitivity of the death certificates in 440 hospital deaths : a comparison with necropsy findings », *Journal of Clinical Pathology*, 55 : 499-502.
- Skea, ZC. *et al.* (2008). « ‘Avoiding harm to others’ considerations in relation to parental measles, mumps and rubella (MMR) vaccination discussions – An analysis of an online chat forum », *Social Science and Medicine*, 67 : 1382-1390.
- Skomska-Godefroy, J. (1996). « La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français », dans Moulin, AM. (dir) (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 423-437 p.

- Skowronski, DM. *et al.* (2010). « Association between the 2008–09 seasonal influenza vaccine and pandemic H1N1 illness during spring - summer 2009 : four observational studies from Canada », *PLoS Medicine*, 7 (4) : e1000258.
- Skowronski, DM. *et al.* (2011). « Mechanism for seasonal vaccine effect on pandemic H1N1 risk remains uncertain », *Clinical Infectious Diseases*, 52 (6) : 831-832.
- Smailbegovic, MS. (2003). « Why do parents decide against immunization ? The effect of health beliefs and health professionals » *Child Care Health Dev*, 29 (4) : 303—311.
- Smith, D. (ed) (2003) *The promise of vaccines : Science and controversy*, New York, American Council on Science and Health, 47 p.
- Smith, DE. (1974). « Women's perspective as a radical critique of sociology », *Sociological Inquiry*, 44 : 1-13.
- Smith, DE. (1975). « An analysis of ideological structures and how women are excluded : considerations for academic women », *Revue Canadienne de Sociologie*, 12 (4) : 353-369.
- Smith, DE. (1986). « Institutional Ethnography : A feminist method », *Documentation sur la recherche féministe / Ressources for Feminist Research*, 15 (1) : 6-13)
- Smith, DE. (1987). *The everyday world as problematic. A feminist sociology*, Boston, Boston Northeastern University Press, 244 p.
- Smith, RL. (1957). « Recorded and expected mortality among Indians of the United States with special reference to cancer », *J Natl Cancer Inst*, 18 : 385–96.
- Smith, MJ. *et al.* (2008). « Media coverage of the Measles-Mumps-Rubella vaccine and autism controversy and its relationship to MMR immunization rates in the United States », *Pediatrics*, 121 (4) : e836-e843.
- Smith PJ. *et al.* (2004). « Children who received no vaccines : Who are they and where do they live ? », *Pediatrics*, 114 : 187-195.
- Smith, R. (2012). « MMR uptake rates finally recovered from Wakefield scandal figures show », *The Telegraph*, 27 nov 2012, <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews>

- Smitherman, HF. *Et al.* (2005). « Retrospective review of serious bacterial infections in infants who are 0 to 36 months of age and have influenza A infection », *Pediatrics*, 115 (3) : 710-8.
- Smits, T. (1997). *Le syndrome post-vaccinal. Diagnostic, traitement, prévention*, http://www.post-vaccination-syndrome.com/_Rainbow/Documents/, 37 p.
- Smits, T. (2001). « The post-vaccination syndrome », *Homeopathic Links*, 14 : 214-218.
- Sobo, EJ. *et al.* (2016). « Information curation among vaccine cautious parents : Web 2.0, pinterest thinking, and pediatric vaccination Choice », *Medical Anthropology*, DOI : 10.1080/01459740.2016.1145219
- Solomon, L. (2014). « Merck has some explaining to do over its MMR vaccine claims », *HuffPost*, 27 novembre 2014, <http://www.huffingtonpost.ca/>
- Song, S. (2011). « The international human rights standard », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp. 14-18.
- Sorensen, T. et P. Tanggaard Andersen (2016). « A qualitative study of women who experience side effects from human papillomavirus vaccination », *Danish Medical Journal*, 63 (12) : A5314.
- Soubeyrand, B. (2003). « Tolérance des vaccins : faits et spéculations », *Médecine et Maladies Infectieuses*, 33 (6) : 287-299.
- Specter, M. (2010). *Denialism. How irrational thinking hinders scientific progress, harms the planet, and threatens our lives*, London, Duckworth Overlook, 304 p.
- SPHQ (Syndicat professionnel des homéopathes du Québec) (2012). « La nécessaire reconnaissance des homéopathes au Québec », *SPHQ-FP-CSN*, mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, Québec, 43 p.
- Spier, RE. (2002). « Perception of risk of vaccine adverse events : a historical perspective », *Vaccine*, 20 : S78-S84.
- Stamatakis, E. *et al.* (2013). « Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice : a review », *European Journal of Clinical Investigation*, DOI :10.1111/eci.12074, 7 p.

- St-Amour, M. *et al.* (2004). *Trousse de promotion de la vaccination, Rapport d'évaluation*, Longueuil, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique.
- Stehr, N. (2012). « Knowledge and non-knowledge », *Science, Technology and Innovation Studies*, 8 (1) : 3-13.
- Stern, AM. et H. Markel (2005). « The history of vaccines and immunization : Familiar patterns, new challenges », *Health Affairs*, 24 (3) : 611-621.
- Steven, JK. *et al.* (2014). « Shared decision making for treatment of cancer : Challenges and opportunities », *Journal of Oncology Practice*, 10 (3) : 206-208.
- Stevenson, C. *et al.* (2001). « Prevention of influenza and pneumococcal pneumonia in Canadian long term facilities : How are we doing ? », *CMAJ*, 164 (10) : 1413-19.
- St-Onge, JC. (2004). *L'envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Les Éditions Écosociété, 228 p.
- St-Onge, JC. (2013). *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Québec, Écosociété, 276 p.
- Stott, C. et A. Wakefield (2011). « An urgent call for more research », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp. 49-67.
- Stratton, KR. *et al.* (1994). « Adverse Events Associated With Childhood Vaccines Other Than Pertussis and Rubella. Summary of a Report From the Institute of Medicine », *JAMA*, 271(20) : 1602-1605.
- Strauss, A. et J. Corbin (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*, London, Sage Publications, 312 p.
- Streefland, P. *et al.* (1999). « Patterns of vaccination acceptance », *Social Science and Medicine*, 49 : 1705-1716.
- Streefland, P. (2001). « Public doubts about vaccination safety and resistance against vaccination », *Health Policy*, 55 : 159-172.

- Street, JM. et TN. Delany (2012). « Guidelines in disrepute : a case study of influenza vaccination of healthcare workers », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36 (4) : 357–363.
- Strobino, D. (1996). « Parental attitudes do not explain underimmunization », *Pediatrics*, 9 (6 Pt 1) : 1076-1083.
- Sturges, J. et K. Hanrahan. (2004). « Comparing Telephone and Face-to-Face Qualitative Interviewing : a Research Note », *Qualitative Research*, 4 (1) : 107-118.
- Sudhakar Reddy, U. (2012). « GM vaccines now pose big threat », *Deccan Chronicle*, oct, 03, 2012, www.deccanchronicle.com/channels/cities/hyderabad/gm-vaccines-now-pose-big-threat-145
- Sullivan, S. et N. Tuana (2007). *Race and Epistemologies of Ignorance*, Albany, State University of New York Press, 284 p.
- Sussman, GD. (1977). « Enlightened health reform, professional medicine, and traditional society : The cantonal physicians of the Bas-Rhin », *Bulletin of the History of Medicine*, 51 : 575.
- Swain, L. *et al.* (1999). « The National Population Health Survey - its longitudinal nature », *Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003), 10 (4) : 69-80.
- SWI (2016) « Swiss recognise homeopathy as legitimate medicine », *Journal SWI*, 29 mars 2016, <http://www.swissinfo.ch/>
- Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life*, New York, Syracuse University Press, 202 p.
- Szreter, S. (1988). « The importance of social intervention in Britain's mortality decline c.1850-1914 : a re-interpretation of the role of public health », *Soc Hist Med*, 1 (1) : 2-3749.
- Szreter, S. (1995). « The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914 : A re-interpretation of the role of public health », dans B. Davey, *et al.* (Eds.) (1995), *Health and disease : A reader*, 2^{ème} éd., Buckingham, Open University Press, pp. 219-226.

- Tagajdid, MR. *et al.* (2011). « Factors influencing uptake of influenza vaccine amongst healthcare workers in a regional center after the A (H1N1) 2009 pandemic : Lessons for improving vaccination rates », *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 23 : 249-254.
- Taillefer, A. (2009). *Impact médical et social de la consultation en médecine homéopathique chez les mères: une question de paradigme*, Mémoire de maîtrise en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 331 p. [non publié] <http://www.archipel.uqam.ca/2041/>
- Taillefer, A. et D. Fournier (2009). « Intégration ou subordination ? Le cas singulier de la médecine homéopathique au Québec », dans Magny, JC. *et al.* (2009). *Pour une approche intégrée en santé. Vers un nouveau paradigme*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 83-131.
- Taillefer, A. (2012). « Bénéfices à l'intégration de la médecine homéopathique », dans SPHQ (2012). *La nécessaire reconnaissance des homéopathes au Québec*, SPHQ-FP-CSN, mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, Québec, pp. 17-25.
- Tanday, S. (2008). « Call for GP incentive on HPV vaccine catch up », *GP Magazine*, 08 february 2008. <http://www.gponline.com/News/article/781981/Call-GP-incentive-HPV-vaccine-catch-up/>
- Tangy, L. (2008). « Le sens du consentement dans l'œuvre de Judith Butler », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 14 | 2008, mis en ligne le 16 avril 2008, URL : <http://traces.revues.org/398>; DOI : 10.4000/traces.398
- Tapiéro, B. *et al.* (2009). « La vaccination : le débat est clos », *CHU Ste-Justine*, <https://www.chusj.org/fr/>
- Taylor, JA. et D. Cufley (1996). « The association between parental health beliefs and immunization status among children followed by private pediatricians », *Clin Pediatr*, 35 (1) : 18-22.
- Taylor, JA. *et al.* (1997). « The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians : A study from Pediatric Research in office settings », *Pediatrics*, 99 (2) : 209-215.
- Taylor, B. *et al.* (1999). « Autism and measles, mumps and rubella vaccine : no epidemiological evidence for a causal association », *Lancet*, 353 : 2026-2029.

- Taylor Kirschmann, A. (2004). *A vital force : women in American homeopathy*, London, Rutgers University Press, 230 p.
- Taylor-Smith, A. (1950). « Poliomyelitis and Prophylaxis », *Br Homeopath J*, 40 (2) : 65-77.
- Teixeira, MZ. (2002). « Is there scientific evidence that suppression of acute diseases in childhood induce chronic diseases in the future ? », *Homeopathy*, 91 : 207-216.
- Tenpenny, S. (2011). « A doctor's view of vaccines and the public health », dans Habakus, LK. et M. Holland (ed) (2011). *Vaccine Epidemic : How corporate greed, biased science, and coercive government threaten our human rights, our health, and our children*, New York, Skyhorse Publishing, pp. 181-191.
- Tesh, S. (1988). *Hidden arguments : Political ideology and disease prevention policy*, New Brunswick, Rutgers University Press, 224 p.
- Tessier, S. (2008). « Professional homeopathy in Quebec and Canada », *Hpathy Homeopathy Past and Present*, <http://hpathy.com/past-present/>
- Teut, M. (2010). « A qualitative study on the thoughts, beliefs and concepts towards infectious childhood diseases held by physicians practising homoeopathic, anthroposophic and conventional medicine », *European Journal of Integrative Medicine*, 2 : 205.
- The Hindu (2012). « Keep dengue at bay with homeopathy », *The HIndu*, 15 juin 2012, <http://www.thehindu.com/news/cities/Madurai/article3531685.ece>
- Thibierge, C. (dir) (2009). *La force normative. Naissance d'un concept*, Paris, LGDJ Éditions, Bruylant, 912 p.
- Thompson, T. (2004). « Can the caged bird sing ? Reflexions on the application of qualitative research methods to case study design in homeopathic medicine », *BMC Medical Research Methodology*, 4 : 4 -13.
- Thompson, K. (1982). *Emile Durkheim*, London, Tavistock Publications, 179 p.
- Thorne, B. et N. Henly (eds) (1975). *Language and sex : Difference and Dominance*, Rowley, Newbury House Pub, 311 p.
- Thrower, D. (2003). *MMR and Acquired Autism (Autistic Enterocolitis). A briefing note*, Warrington, <http://www.whale.to/a/thrower.html>

- Timmermans, S. et M. Berg (2003). « The practice of medical technology », *Sociology of Health and Illness*, 25 (Silver Anniversary Issue) : 97-114.
- Timmermans, DRM. *et al.* (2005). « Attitudes and risk perception of parents of different ethnic backgrounds regarding meningococcal C vaccination », *Vaccine*, 23 : 3329-3335.
- Tomljenovic, L. (2011). « The vaccination policy and the Code of Practice of Joint Committee on Vaccination and Immunization (JCVI) : are they at odds ? », *BSEM The Health Hazards of Disease Prevention*, <http://www.ecomed.org.uk/wp-content/uploads/2011/09/3-tomljenovic.pdf>
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2011). « Aluminum Vaccine adjuvants : are they safe ? », *Current Medicinal Chemistry*, 18 : 2630-2637.
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2011b). « Human papillomavirus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine : Are they at odds ? », *Annals of Medicine*, DOI : 10.3109/07853890.2011.645353 : 1-12.
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2011c). « Who profits from uncritical acceptance of biased estimates of vaccine efficacy and safety ? », *American Journal of Public Health*, 102 (9) : e3.
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2011d). « Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism ? », *Journal of Inorganic Biochemistry*, 105 : 1489-1499.
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2012). « Death after quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccination : Causal or coincidental ? », *Pharmaceut Reg Affairs*, S12:001. Doi :10.4172/2167-7689.S12-001
- Tomljenovic, L. et CA. Shaw (2013). « Human papillomavirus (HPV) vaccine and evidence-based medicine : Are they at odds ? », *Annals of Medicine*, 45 (2) : 182-193.
- Tomljenovic, L. *et al.* (2013). « Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an option for preventing cervical malignancies : (How) effective and safe ? », *Current Pharmaceutical Design*, 19 : 1-22
- Tonelli, MR. (2001). « The limits of evidence-based medicine », *Respir Care*, 46 (12) : 1435-1440.

- Tonelli, MR. (2006). « Integrating evidence into clinical practice : an alternative to evidence-based approaches », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (3) : 248-256.
- Tonelli, M. (2007). « Advancing a casuistic model of clinical decision : a response to commentators », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13 (4) : 504-507.
- Topuzoglu, A. *et al.* (2007). « The barriers against childhood immunizations : a qualitative research among socio-economically disadvantaged mothers », *European Journal of Public Health*, 17 (4) : 348-352.
- Torny, D. (2006). « Mais pourquoi résistent-ils ? Conditions de réalisation d'actions de santé publique sur une base épidémiologique », *L'épidémiologie humaine. Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques*, 23 : 265-271, Les Ulis, FRA, EDP Sciences.
- Torny, D. (2007). « L'administration des risques sanitaires face à l'éloignement de l'expertise : le cas français au tournant des années 2000 », *Sociologie et Sociétés*, Montréal, PUQ, 39 (1) : 181-196.
- Torny, D. (2011). « De la foi vaccinale à la mise en discussion de la vaccination », *Revue du praticien médecine générale*, 866 : 1-4. <http://www.carnetsdesante.fr/>
- Torrente, F. *et al.* (2002). « Small intestinal enteropathy with epithelial IgG and complement deposition in children with regressive autism », *Molecular Psychiatry*, 7 : 375-382.
- Touré, EH. (2010). « Réflexion épistémologique sur l'usage des *focus groups* : fondements scientifiques et problèmes de scientificité », *Recherches Qualitatives*, 29 (1) : 5-27.
- Tovey, P. *et al.* (2007). *Traditional, complementary and Alternative Medicine and Cancer Care*, London, Routledge, 179 p.
- Townley, C. (2011). *A defense of Ignorance : Its value for knowers and roles in feminist and social epistemologies*, Lanham, MD, Lexington Books, 152 p.
- Tréfois P. (2005). « Les professionnels de la santé devraient-ils être vaccinés contre la grippe ? », <http://www.vaccination-info.be/vaccination/dossier%20archive/vacprofsante.html>
- Tremblay, M. et F. Bouchard (2000). « Vaccination ? Qu'en dit la loi », *Objectif Prévention*, 23 (1) : 4-5.

- Treuherz, F. (1995). *Homoeopathy in the Irish potato famine*, London, Samuel Press, 138 p.
- Trichard, M. *et al.* (2005). « Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children », *Homeopathy*, 94 : 3-9.
- Trivalle, C. *et al.* (2006). « Factors that influence Influenza vaccination among healthcare workers in a french geriatric hospital », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27 : 1278-1280.
- Trudel, L. *et al.* (2007). « La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? », *Recherches Qualitatives*, Hors série, 5 : 38-45.
- Trudo, MH. *et al.* (2016). « Is pharmaceutical transparency in Canada all just talk ? », *Policy Options*, july 12 2016, <http://policyoptions.irpp.org/magazines>
- Tsumiyama, K. *et al.* (2009). « Self-organized criticality theory of autoimmunity », *PLoS ONE*, 4 (12) : e8382 doi:10.1371/journal.pone.0008382
- Tuana, N. (2006). « The speculum of ignorance : The women's health movement and epistemologies of ignorance », *Hypatia*, 21 (3) : 1-19.
- Tuells, J. (2012). « Vaccinology : The name, the concept, the adjectives », *Vaccine*, 30 (37) : 5491-5495.
- Turgeon, J. (2015). « 13 mythes à propos des vaccins », *Naître et grandir. Fondation Lucie et André Chagnon*, 6 p. <http://naitreetgrandir.com/>
- Turner, S. (2001). « What is the problem with experts ? », *Social Studies of Science*, 31 (1) : 123-149.
- USDA (United States Department of Agriculture) (2011). « Vaccines Made from Genetically Modified Organisms. Livestock », Technical Evaluation Report, Compiled by ICF International for the USDA National Organic Program, 17 p.
- Uhlmann, V. *et al.* (2002). « Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease », *Molecular Pathology*, 55 (2) : 84-90.
- Université de Montréal (2013). « La Faculté de médecine reçoit un don de 4 M\$ », *Nouvelles Facultaires*, 2 octobre 2013, <http://medecine.umontreal.ca/nouvelles>

- UQTR (2016). « Histoire de la profession », Baccalauréat en pratique sage-femme, site de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), <https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/>
- Vadeboncoeur, H. *et al.* (1996). « Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession ? », *Ruptures*, 3 (2) : 224-242.
- Vaillant, J. (2005). « Initiation à la théorie de l'échantillonnage », <http://monnano2.weebly.com/>
- Valentini, H. (2004). « 'Notre force de changement' – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 », *Santé, Société et Solidarité*, 1 (3) : 48-55.
- Van Boven, M. *et al.* (2010). « Estimation of measles vaccine efficacy and critical vaccination coverage in a highly vaccinated population », *Journal of The Royal Society Interface*, 7 : 1537-1544.
- Vance, MA. (2011). « Disease mongering and the fear of pandemic influenza », *International Journal of Health Services*, 41 (1) : 95-115.
- Van der Geest, S. *et al.* (1996). « The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.
- Vandewalle, CMC. (2003). *L'homéopathie et ses principes en médecine vétérinaire, applications en clientèle canine*, thèse de doctorat de médecine vétérinaire, Créteil, École Nationale Vétérinaire d'Alfort, 72 p. [thèse non publiée]
- Van Erp, VM. et M. Brands (1996). « Homoeopathic treatment of malaria in Ghana », *British Homoeopathic Journal*, 85 : 66-70.
- Van Ranst, M. et R. Snacken (2005). *Prise en charge de la grippe en Belgique*, Table Ronde, le 23 novembre 2004, 31 pages. <http://www.iph.fgov.be/flu/LivreBlanc.pdf>
- Van Wassenhoven, M. (2012). *Scientific framework of homeopathy. Evidence based homeopathy 2012*, E.C.H. European Committee for Homeopathy, 63 p. www.homeopathyeurope.org
- Vera-Badillo, FE. *et al.* (2013). « Bias in reporting of end points of efficacy and toxicity in randomized, clinical trials for women with breast cancer », *Annals of Oncology*, 1-6, doi :10.1093/annonc/mds636

- Verger, P. *et al.* (2015). « Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies : A national cross-sectional survey in France », *EBioMedicine*, 2 : 891-897.
- Verhoef, MJ. *et al.* (2002). « Assessing efficacy of Complementary Medicine : Adding Qualitative Research Methods to the 'Gold Standard' », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8 (3) : 275-281.
- Verhoef, M. *et al.* (2004). « Whole systems research: Moving forward », *Focus Altern Complement Ther*, 9 : 87-90.
- Verhoef, MJ. *et al.* (2005). « Complementary and alternative medicine whole systems research : Beyond identification of inadequacies of the RCT », *Complementary Therapies in Medicine*, 13 : 206-212.
- Vial, T. et J. Descotes (2004). « Autoimmune diseases and vaccinations », *Eur J Dermatol*, 14 (2) : 86-90.
- Vincent, C. *et al.* (1999). « Reasons for not reporting adverse incidents : an empirical study », *J Eval Clin Pract*. 5 (1): 13-21.
- Visvanathan, S. (2006). « Alternative Science », *Theory, Culture and Society*, 23 (2-3) : 164 - 169.
- Vivion, M. *et al.* (2011). « Vaccination et pratique sage-femme au Québec », Présentation par affiche, 15^{ème} Journées annuelles de santé publique (JASP), Montréal, 28 novembre au 1er décembre 2011.
- Vivion, M. (2013). « Influence de la moralité populaire et des stratégies de gestion du risque dans le cadre de la vaccination des nourrissons au Québec », mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Laval, 127 p. [non publié]
- VKHD (Verband Klassischer Homöopathen) (2006). « Nosodes in homeopathic practice, a survey », consulté en août 2016, <http://www.aeha-buendnis.de/hintergrund/>
- Waijnenborg, S. *et al.* (2013). « Waning of maternal antibodies against measles, mumps, rubella, and varicella in communities with contrasting vaccination coverage », *The Journal of Infectious Diseases*, 208 (1) : 10-16.
- Wagenpfeil, S. *et al.* (2004). « Empirical data on the varicella situation in Germany for vaccination decisions », *Clinical Microbiology and Infection*, 10 (5) : 425-430.

- Wakefield, AJ. *et al.* (1998). « Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children », *Lancet*, 351 (9103) : 637-41.
- Walach, H. *et al.* (2006). « Circular instead of hierarchical : methodological principles for the evaluation of complex interventions », *BMC Medical Research Methodology*, 6 : 29.
- Wallace, AR. (1889). *Vaccination proved Useless and Dangerous from forty-five years of registration statistics*, 2nd ed., London, EW. Allen.
- Wallace, AR. (1898). *The Wonderful Century : Its successes and failures*, 1st ed., réédité en 2007, New York, Cosimo Classics, 460 p.
- Walter, M. (2012). « Human experiments : First, do no harm », *Nature*, 482 : 7384 : 148-152.
- Wang, S. (2012). « More doctors ‘fire’ vaccine refusers », *The Wall Street Journal*, february 15, 2012, p. A3.
- Ward, GJ. (2000). « Vaccine adverse events in the new millennium : is there a reason for concern ? », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (2) : 205-215.
- Ward, JK. *et al.* (2017). « ‘I don’t know if I am making the right decision’ : French mothers and HPV vaccination in a context of controversy », *Health, Risk and Society*, 19 (1-2) : 38-57.
- Weber, M. (1919). *Le savant et le politique*, Paris, Union Générale d’Éditions, 1963, 186 pages. édition électronique <http://classiques.uqac.ca/classiques/>
- Weeks, C. (2013). « Should we say no to nosodes ? », *The Globe and Mail*, may 20, 2013, <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health>
- Weeks, C. (2015). « UBC stands behind vaccine studies discredited by WHO », *The Globe and Mail*, march 4, 2015, <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health>
- Weeks, C. (2016). « Homeopaths prepare a launch fight against pending federal policy change », *The Globe and Mail*, february 23, 2016, <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health>

- Weeks, C. (2016b). « McMaster study to examine whether nosodes work as vaccine alternative », *The Globe and Mail*, October 3, 2016, <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/mcmaster-researchers-to-study-whether-nosodes-work-as-vaccine-alternative/article32222206/>
- Weiber, K. *et al.* (2007). « Verdachtsfälle von Impfkomplicationen nach dem Infektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen (von Impfstoffen) nach dem Arzneimittel-gesetz vom 1. 1. 2004 bis zum 31. 12. 2005 (Complications vaccinales soupçonnées d'après la Loi de protection contre l'infection et cas suspects d'effets secondaires (des vaccins) après le médicament – signalés entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005) », *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 50 : 1404-1417.
- Weibel, RE. *et al.* (1998) « Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines : a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program », *Pediatrics*, 101 (3,1) : 383-387.
- Welch, HG. (2006). *Should I get tested for cancer ? Maybe not and here's why*, Oakland, University of California Press, 234 p.
- Welch, HG. *et al.* (2011). *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*, Boston, Beacon Press, 228 p.
- West, R. (1966). « Epidemiologic study of malignancies of the ovaries », 19 : 1001-1007.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the astonishing rise of mental illness*, New York, Random House, 432p.
- WHO (World Health Organization) Country Office Tajikistan, WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control (2010). « Outbreak of poliomyelitis in Tajikistan in 2010: risk for importation and impact on polio surveillance in Europe ? », *Euro Surveill*, 15 (17) : pii=19558.
- WHO (World Health Organization) (2013). Regional Office for Europe. *The Guide for Tailoring Immunization Programs. Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf [consulté 08-16].

- WHO-UNICEF (World Health Organization and UNICEF). (2005). *GIVS Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015*. Geneva, World Health Organization, 80 p. www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf
- WHO-UNICEF (World Health Organization and UNICEF) (2013). *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2013 global summary*, http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeserie/
- WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy (2014). *Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review*, WHO, <http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/> 250 p.
- Whitten, L. (2010). « Cocaine vaccine helps some reduce drug abuse », *National Institute of Health*, NIDA National Institute on Drug Abuse, <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes>
- Whyte, MD. *et al.* (2011). « Factors influencing parental decision making when parents choose to deviate from the standard pediatric immunization schedule », *Journal of Community Health Nursing*, 28 : 204-214.
- Wildemann, B. *et al.* (2009). « Acute disseminated encephalomyelitis following vaccination against human papilloma virus », *Neurology*, 72 : 2132-2133.
- Williams, G. (1984). « The genesis of chronic illness : narrative reconstruction », *Sociology of Health and Illness*, 6 : 175-200.
- Williams, G. *et al.* (1995). « Public health risks in the material world : barriers to social movements in health », dans Gabe, J. (dir) (1995). *Medicine, Health and Risk*, Cambridge, Blackwell Publishers, pp. 113-132.
- Williams, G. (2006). «Suffering sociologists and the Sociology of Suffering », *Medical Sociology*, 1 : 39-41.
- Williams, G. et J. Popay (2006). « Lay knowledge and the privilege of experience », dans Kelleher, D., J. Gabe et G. Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2nd eds, London, Routledge, pp. 122-145.
- Williams, SJ. et M. Calnan (1996). « The 'limits' of medicalization ? : Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity », *Social Science and Medicine*, 42 (12) : 1609-1620.

- Wilson, A. (1891). *Statement of the work performed at the homoeopathic hospital in Toronto*, Toronto, Imrie & Graham, 14 p.
- Wilson, K. *et al.* (2006). « Addressing the emergence of pediatric vaccination concerns », *Canadian Journal of Public Health*, 97 (2) : 139-141.
- Wilyman, J. (2015). *A critical analysis of the Australian government's rationale for its vaccination policy*, PhD thesis, School of Humanities and Social Inquiry, University of Wollongong, 380 p. <http://ro.uow.edu.au/theses/4541>
- Winston, J. (1999). *The faces of homoeopathy. An illustrated history of the first 200 years*, New Zealand, Great Auk Publishing, 633 p.
- Winston, J. (2006). « Efficacy of Homeopathies in Worldwide Epidemics », *Irish Homeopaths*, site Internet : www.irishhomeopaths.com
- Wise, ME. *et al.* (2012). « Guillain-Barré syndrome during the 2009-2010 H1N1 influenza vaccination campaign : population-based surveillance among 45 million americans », *Am J Epidemiol*, 175 (11) : 1110-1119.
- Witzel, L. (1970). « Anamnese und Zweiterkrankungen bei Patienten mit bösartigen Neubildungen (History and secondary disease in patients with malignant neoplasms) », *Med Klin*, 65: 876-879.
- Wolfe, RM. *et L. Sharp* (2002). « Anti-vaccinationists past and present », *BMJ*, 325 : 430-432.
- Wolfe, RM. *et al.* (2002). « Content and design attributes of antivaccination web sites », *JAMA*, 287 (24) : 3245-3248.
- Wolff, E. (1996). « Sectarian identity and the aim of integration », *British Homoeopathic Journal*, 85 : 95-114.
- Woodhull Eaton, C. (1907). « The facts about variolinum », *Transactions of the American Institute of Homeopathy*, pp. 547-567.
- Woodin, KA. *et al.* (1995). « Physician and parent opinions : Are children becoming pincushions from immunizations ? », *Arch Pediatr Adolesc Med*, 149 (8) : 845-849.
- Wraith, DC. *et al.* (2003). « Vaccination and autoimmune disease: what is the evidence ? », *Lancet*, 362 (9396) : 1659-1666.

- Wright, P. et A. Treacher (eds) (1982). *The Problem of Medical Knowledge : Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh, University of Edinburgh Press.
- Wright, JA. et C. Polack (2005). « Understanding variation in measles–mumps–rubella immunization coverage—a population-based study », *European Journal of Public Health*, 16 (2) : 137-142.
- Wroe, AL. *et al.* (2004). « Feeling bad about immunising our children », *Vaccine*, 23 : 1428-1433.
- Wrotek, S. *et al.* (2009). « Cancer patients report a history of fewer fevers during infections than healthy controls », *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 3 (1) : 031-035.
- Wynder, E. *et al.* (1969). « Epidemiology of cancer of the ovary », *Cancer*, 23 : 352-370.
- Yadlon, S. (1997). « Skinny women and good mothers : the rhetoric of risk, control, and culpability in the production of knowledge about breast cancer », *Feminist Studies*, 23 (3) : 645-677.
- Yaquib, O. *et al.* (2014). « Attitudes to vaccination : A critical review », *Social Science and Medicine*, 112 : 1-11.
- Yaya, HS. (2009). « Hygie contre Panacée. La médicalisation comme instrument de servitude dans les sociétés postindustrielles », dans Yaya, HS. (dir) (2009). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, p : 1-30.
- Yaya, HS. (dir) (2009b). *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, PUL, 424 p.
- Yoneyama, H. *et al.* (2000). « The effect of DPT and BCG vaccinations on atopic disorders, *Arerugi*, 49 (7) : 585-92.
- Yuan, L. (1994). « Measles outbreak in 31 schools : risk factors for vaccine failure and evaluation of a selective revaccination strategy », *CMAJ*, 150 (7) : 1093-1098.
- Zafir, Y. *et al.* (2012). « Autoimmunity following hepatitis B vaccine as part of the spectrum of ‘Autoimmune (Auto-inflammatory) Syndrome induced by Adjuvants’ (ASIA) : analysis of 93 cases », *Lupus*, 21-146-152.

- Zandvliet, HA. et E. Wel (2007). « Science : Increase in cancer cases as a consequence of eliminating febrile infectious diseases », *Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken*, www.nvvp.nl
- Zarychanski, R. et al. (2013). « Association of Hydroxyethyl Starch Administration With Mortality and Acute Kidney Injury in Critically Ill Patients Requiring Volume Resuscitation. A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA*, 309 (7) : 678-688.
- Zavestoski, S. (2004). « Embodied health movements and challenges to the dominant epidemiological paradigm », *Research in Social Movements, Conflict and Change*, 25 : 253-278.
- Zhang, J. et al. (2008). « Déterminants de la couverture vaccinale avant l'âge de 2 ans dans une cohorte de la population de la région sanitaire d'Edmonton (Alberta) », *RMTC*, 34 (9) : 1-11.
- Zimmerman, RK. et al. (1997). « A national survey to understand why physicians defer childhood immunizations », *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151 (7) : 657-664.
- Zinkernagel, RM. (2003). « On natural and artificial vaccinations », *Annu Rev Immunol*, 21 : 515-546.
- Zlomislic, D. (2013). « Health Canada review of controversial acne drug kept secret », *The star*, <http://www.thestar.com/news/canada/2013/11/09/>
- Zlomislic, D. (2013b). « Risky acne drug Diane-35 underscores Health Canada's limitations », *The star*, <http://www.thestar.com/news/canada/2013/10/19/>
- Zola, IK. (1991). « Bringing our bodies and ourselves back in : Reflections on a past, present and future 'Medical Sociology' », *Journal of Health and Social Behavior*, 32 (1) : 1-16.
- Zuckerman, H. (1978). « Theory choice and problem choice in science », *Sociological Inquiry*, 48 (3-4) : 65-95.
- Zuzak, TJ. et al. (2012). « Use of complementary and alternative medicine by children in Europe : Published data and expert perspectives », *Complement Ther Med*, doi :10.1016/j.ctim.2012.01.001